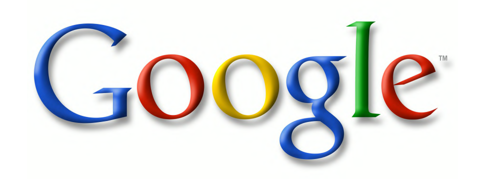
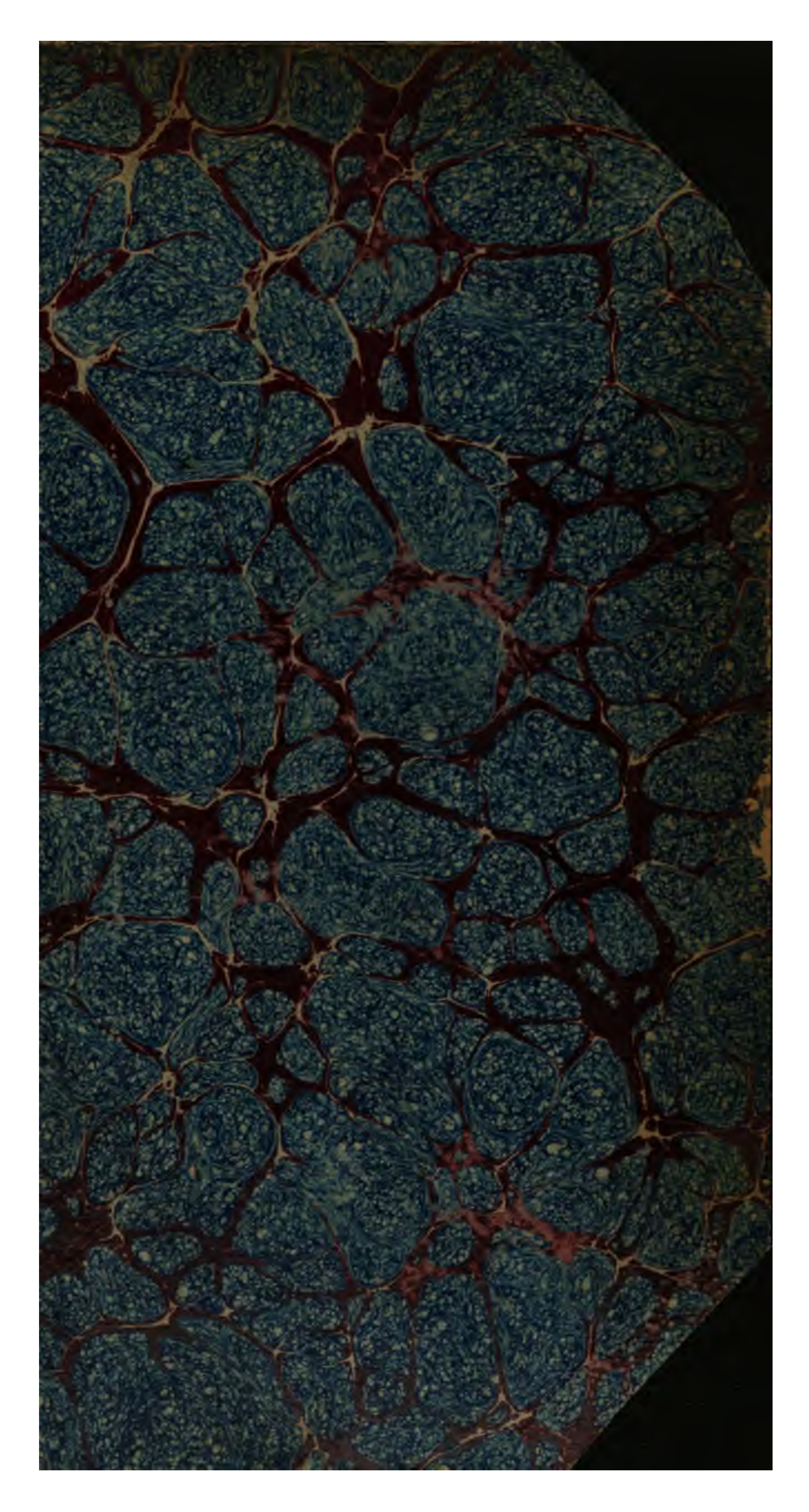
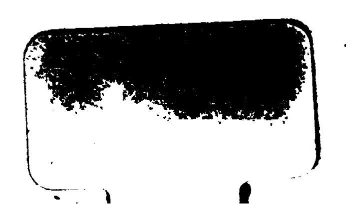






ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXXIV

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les Annales de Gynécologie paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements	20	—
Pour l'Europe	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique	23	—
Pour les autres parties du monde	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr Hartmann, 80, rue Miromesnil, pour la partie gynécologique; à M. le Dr Varnier, 6, rue Herschel, pour la partie obstétricale ou à M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef.

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XXXIV

Contenant des travaux de MM.

AUDRY, BARNES (F.), BÉTRIX, BLANC (E.), CHAMBRELENT,
DELAGÉNIÈRE, DELBET, DUMORET, ENGSTROM, FERRÉ, FLANDRIN, GUYON,
LAULANIÉ et CHAMBRELENT,
LE DENTU, MARX, PAJOT, PÉRAIRE, PHOCAS, PROKOFIEWA,
RENDU (de Lyon), TERRILLON, TUFFIER.

1890
(2e SEMESTRE)

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1890



ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

DEUX OBSERVATIONS EXCEPTIONNELLES

Par M. le Professeur **Pajot.**

I. — Difficultés de la provocation de l'accouchement.

Au commencement de cette année (1890), un homme d'une stature et d'une corpulence extraordinaires, me présenta une jeune femme de 25 à 26 ans, d'une taille au-dessous de la moyenne, mais paraissant bien portante. Il me raconta ce qui suit. Ma femme est accouchée il y a trois ans, l'accouchement a été des plus difficiles. Trois médecins n'ont pu extraire un enfant très volumineux qu'après des tractions telles, que les os du devant du bassin se sont séparés et sont restés éloignés, l'un de l'autre, de plus d'un travers de doigt. Ma femme est restée dix-huit mois malade et grâce à un bandage qu'elle a porté pendant tout ce temps, les deux os se sont ressoudés, elle a pu reprendre, depuis un an, la vie commune. Aujourd'hui elle est enceinte, de nouveau, de trois à quatre mois et je viens vous demander ce qu'il convient de faire pour éviter un pareil accident et obtenir, s'il est possible, un enfant vivant, car à l'existence de cet enfant sont attachés de très graves intérêts de famille. Pourtant, si son sacrifice est nécessaire à la vie de la mère, je vous prie

de ne pas hésiter. Je n'ai pas besoin de vous dire, ajouta-t-il, que le premier enfant est mort pendant l'accouchement.

Ayant interrogé avec grand soin la jeune femme, j'appris qu'elle avait marché à l'âge ordinaire et qu'elle avait continué à marcher. La face ne présentait point les traces de l'*air de famille*. Pourtant en la faisant mettre debout, on constatait déjà que les membres inférieurs paraissaient courts et un peu en disproportion avec la longueur du buste. Cette remarque fut confirmée par l'examen ultérieur.

La jeune femme couchée et étendue, on trouvait les cuisses courtes et grosses, les jambes étaient courtes aussi mais droites. Le palper faisait sentir l'utérus développé de trois mois et demi à quatre mois. Rien par l'auscultation.

Le toucher démontrait tout d'abord l'existence d'une particularité intéressante, la symphyse des pubis était séparée, en bas, par une *encoche* de quelques millimètres, dans laquelle l'indicateur pouvait pénétrer, le ligament triangulaire n'existait plus.

En portant le doigt profondément dans le vagin, tous les signes fournis par le col et le segment inférieur étaient d'accord avec le développement de l'utérus pour accuser une grossesse de trois à quatre mois. Les signes fonctionnels existaient tous, absence de règles, nausées, mamelles. La conclusion était donc, grossesse à peu près certaine.

En poussant l'indicateur profondément dans l'excavation, on atteignait très difficilement l'angle sacro-vertébral ce qui faisait supposer un rétrécissement léger, d'environ neuf centimètres, sans déduction.

La conduite était donc toute tracée, il fallait faire accoucher cette jeune femme entre le septième et le huitième mois, on avait ainsi la chance d'un accouchement relativement facile et aussi l'espoir d'avoir un enfant vivant et qui, grâce à certaines précautions, pourrait s'élever.

Le père m'ayant dit qu'il était prêt à tous les sacrifices, je lui fis le plan d'une petite chambre de deux mètres et demi de long sur deux mètres de large et deux mètres vingt de

hauteur, en menuiserie vitrée, double porte, double fenêtre, avec un appareil de chauffage et un thermomètre. Cette cellule fut construite dans la chambre de la nourrice. vaste pièce d'où elle pouvait surveiller l'enfant et il fut convenu que si nous étions assez heureux pour avoir un enfant vivant, il recevrait les soins nécessaires et serait allaité dans cette chambre, sans que le nouveau-né en sortît jamais, avant d'avoir acquis le poids et le volume ordinaires.

La jeune femme résidait dans un pays situé sur la limite de la Somme et du Pas-de-Calais, dans une localité aujourd'hui très salubre, à quelques kilomètres de la mer. J'arrivai le 6 juin dernier, dans la nuit; le samedi 7 eut lieu l'examen de la malade. L'utérus était développé comme à 7 mois passés, le fœtus était volumineux, les bruits du cœur aussi forts que chez beaucoup d'enfants à terme, la présentation était celle du sommet, en première position. Tout allait bien, je l'annonçai aux parents, ils reçurent la nouvelle avec une grande joie.

Ils ne se doutaient pas, ni moi non plus, de ce qui allait arriver.

Le samedi 7 juin, à trois heures de l'après-midi une bougie de la grosseur du petit doigt fut introduite très doucement dans l'utérus, du côté droit de la femme, elle pénétra, sans aucune difficulté, d'environ dix centimètres. Ni eau ni sang ne s'écoulèrent. La bougie fut fixée par deux liens à une ceinture. Elle resta en place vingt-quatre heures. L'*utérus ne parut pas s'en apercevoir*. Le dimanche 8 juin, elle fut retirée vers le soir, lavée, passée au sublimé et fut réintroduite dans le même point, puis une seconde semblable fut appliquée du côté gauche, elles restèrent en place toute la journée du lundi et la nuit du lundi au mardi. L'*utérus ne bougea pas*. Le cas commençait à me paraître singulier, ayant provoqué à la Clinique, une première série d'accouchements prématurés de quatorze cas et une seconde de vingt-huit, par le procédé de Kraus et n'ayant jamais observé un début de travail aussi long, je pensai à employer un

autre moyen. Les sondes retirées, une éponge préparée, de la grosseur du pouce, fut introduite dans la cavité utérine avec quelques légères difficultés, elle fut maintenue par deux éponges fines ordinaires, aseptiques, et je permis à la patiente de se lever et de marcher.

L'éponge resta en place toute la journée du mardi 10 jusqu'au mercredi matin 11, j'avais pendant cette dernière journée du mardi, donné quatre douches vigoureuses d'eau tiède sur le col. *Pas de contractions.*

Le mercredi matin, extraction de l'éponge du volume d'un très gros œuf. Cette extraction fut difficile, il fallut procéder comme pour une délivrance.

Cette éponge retirée, deux semblables furent introduites une à gauche, une à droite, des douches furent données de trois heures, en trois heures. Dans la matinée un commencement de travail se déclara. La sage-femme, qui devait garder la malade pendant ses couches, femme instruite et intelligente, crut qu'enfin l'accouchement allait se faire. Je le crus aussi. Au bout de trois heures, *les contractions avaient cessé*, l'utérus retombait dans un calme absolu.

Le jeudi 12 juin, je retirai les éponges, une douche fut administrée et j'introduisis dans l'utérus un ballon en caoutchouc avec mon conducteur à olive. Ce ballon, distendu par de l'eau tiède, mesurait six centimètres de diamètre, les douches étaient toujours continuées de trois heures en trois heures. L'appareil resta dans l'utérus toute la journée du vendredi et la nuit du vendredi au samedi, *aucune contraction ne se manifesta*. Je commençai à me demander s'il ne faudrait pas en venir à la rupture des membranes. J'avais toujours retardé l'emploi de ce dernier moyen de peur de compromettre la vie de l'enfant qui continuait à bien vivre ce dont je m'assurais *trois ou quatre fois par jour*.

Enfin, le samedi matin 14, je me décidai, après avoir retiré le premier ballon, à en introduire deux autres de même dimension, des douches d'eau tiède furent données de deux en deux heures, la dernière vers dix heures du soir. A trois

heures du matin, on vint me réveiller, le travail marchait, un ballon venait d'être crevé, l'autre expulsé, les membranes se rompirent spontanément à six heures et le dimanche 15 juin, à sept heures du matin, l'enfant naissait, mais ainsi que je l'avais observé dès le mercredi, l'occiput était à droite, au lieu d'être à gauche, comme il était à mon arrivée. L'enfant cria sitôt expulsé, une heure après sa naissance, il prenait le sein aussi fermement qu'un enfant à terme. Il pesait 3,075.

D'après le calendrier, soigneusement marqué, il ne pouvait pas avoir plus de sept mois et demi et quelques jours.

La délivrance ne présenta rien de remarquable, le placenta était aussi volumineux que celui de beaucoup d'enfants de neuf mois.

La provocation de l'accouchement avait duré 8 jours 1/2.

Cette observation est un document de plus à ajouter à l'article PATIENCE en obstétrique.

Ici encore, on peut écrire cette phrase caractéristique du succès complet dans les accouchements, « *aujourd'hui la femme se lève et l'enfant s'élève* ».

C'est la première fois, depuis 48 ans, que j'observe une aussi longue durée pour la provocation du travail. Tant il est vrai qu'en médecine, comme en obstétrique (je l'ai écrit, il y a déjà longtemps) on apprend à tout âge et personne n'a jamais tout vu.

II. — **D'un emploi nouveau de la curette.**

L'engouement décroît. La réaction contre la curette, *dans tous les cas,* commence. Dans un mémoire très sagement pensé, M. le Dr de Backer rappelle avec raison que MM. Siredey et Danlos ont écrit : « *la méthode chirurgicale reste le traitement d'exception ; presque toujours le traitement* palliatif *sera jugé suffisant* ».

Pour moi, *palliatif* n'est pas exact, le traitement par la cautérisation est absolument *curatif.*

M. de Backer ajoute : « *l'intervention sanglante doit être une exception et un pis aller. Avant de recourir à elle, il faut avoir essayé, consciencieusement, les moyens médicaux dont la gynécologie, telle que l'ont pratiquée nos devanciers, peut disposer, sans les repousser avec un dédain tudesque* ».

La curette doit être « *pour les endométrites un traitement d'exception et non point la règle* ».

« *L'endométrite, le catarrhe chronique utérin, pour lesquels on veut faire admettre le curage comme l'unique traitement, sont maladies très communes et guérissables le plus souvent par les traitements antiseptiques non sanglants* ».

J'arrête là mes citations. J'avais écrit dès la première heure : « *Il faut pour un traitement raisonnable, efficace et prudent, suivre sans cesse cette grande loi thérapeutique : proportionner la nature, l'énergie et les dangers du remède, à la forme, l'ancienneté et la gravité de la maladie. Hors de là il n'y a que parti pris systématique, routine, hasard, imprudence et témérité. La curette prendra son rang au milieu des instruments pouvant rendre des services, dans des cas d'endométrites, nettement définis et relativement assez rares* ».

Tout ce que j'ai vu, lu, entendu, depuis la publication de ces lignes, n'a point modifié mon opinion.

On va voir, par l'observation suivante, jusqu'à quel point on peut arriver, avec un parti pris d'avance.

Un jeune couple d'étrangers vint me consulter,il y a quelques mois. Le mari est un homme de trente-trois, à trente-quatre ans, d'une taille au-dessus de la moyenne, bien constitué, n'ayant jamais eu de maladies graves. La jeune femme a de vingt-cinq à vingt-six ans,bonne santé habituelle, taille moyenne. Le mari me raconte qu'ils sont mariés depuis six à sept ans, il désirent tous les deux beaucoup un enfant et n'en peuvent point avoir. Monsieur, me dit le jeune homme je ne veux pas vous cacher que j'ai consulté, avant vous, un autre médecin. Il me nomma un des curetteurs des plus con-

vaincus de Paris. Ce médecin, me dit-il, m'a proposé de faire à ma femme une opération qui nous permettra d'atteindre le but que nous cherchons. Il s'agissait de gratter le dedans de la matrice avec un instrument. Je n'ai pas voulu soumettre ma femme à cette opération sans prendre plusieurs autres avis et je viens vous demander ce que vous en pensez.

L'interrogatoire de la jeune dame fut long et minutieux. J'appris qu'elle n'avait jamais eu que quelques indispositions passagères, sans aucune gravité. La menstruation avait toujours été très régulière. Jamais avant, ni depuis son mariage, les règles n'avaient manqué ; en avance d'un jour ou deux chaque mois, le sang, bien rouge, coulait modérément, pendant trois ou quatre jours, l'intestin fonctionnait bien, le sommeil était bon, et l'appétit excellent.

Le palper, le toucher et le spéculum me firent trouver tous les organes dans le plus parfait état physiologique. Utérus bien placé, de volume ordinaire. Orifice bien fait et suffisamment grand pour une nullipare. La muqueuse génitale, d'un rose pâle, sans la moindre trace d'état catarrhal. Vagin sans odeur acide. Enfin système génital *dans l'état physiologique le plus parfait.*

Étonné du résultat de cet examen qui me montrait cette jeune femme dans les meilleures conditions de fécondation, je ne pus point cacher au mari que je ne comprenais pas le but de l'opération proposée.

Comme je ne constate rien chez Madame, lui dis-je, qui puisse expliquer la stérilité, je vous prie de vouloir bien emporter ces deux plaques de verre et je lui expliquai, à mots couverts, ce que je désirais de lui.

Le soir, je recevais les deux plaques. Elles furent examinées à la lumière artificielle, avec le grossissement ordinaire Il me fut impossible, malgré un temps considérable et les soins les plus minutieux, d'y découvrir la trace d'un *seul* spermatozoïde.

Le résultat de mon examen fut écrit à l'instant même, j'indiquai dans cette consultation les causes probables et

les résultats presque certains de la mauvaise qualité de ce sperme.

Le surlendemain, le mari vint seul. Monsieur, lui dis-je, en l'abordant, vous avez eu, avant votre mariage, un écoulement par l'urèthre ?

— Oui monsieur.

— Un de vos testicules s'est pris d'abord et vous avez été obligé de garder le lit.

— Oui monsieur.

— L'autre s'est pris ensuite et vous en avez souffert également.

— Mais, oui monsieur.

Je n'avais plus rien à apprendre. Je lui expliquai que lui, seul, et *non sa femme*, était la cause de stérilité de son ménage, ajoutant que sa femme n'avait besoin d'aucun traitement. Quant à lui, je lui prescrivis une hygiène spéciale, en lui laissant une lueur d'espoir, mais sans lui promettre la guérison.

C'était la première fois aussi que j'entendais parler de *curer* la femme pour donner des spermatozoïdes au mari.

Il convient d'avoir une confiance modérée dans l'efficacité de ce mode de traitement.

Prof. PAJOT.

RÉFLEXIONS A PROPOS DE DEUX CENTS OVARIOTOMIES POUR KYSTES DE L'OVAIRE

Par le Dr **Terrillon.**

Depuis l'année 1882, époque de mon entrée dans le service de la Salpêtrière, j'ai eu l'occasion de faire, soit dans mon service hospitalier, soit dans ma clientèle privée: *deux cents ovariotomies.* Cette série s'arrête au 15 juin de l'année 1889. Ces ovariotomies ont déjà figuré dans des statistiques partielles de 35 opérations chacune, qui ont été publiées dans les *Bulle-*

tins de la Société de chirurgie et dans le *Bulletin de thérapeutique.* J'ai pensé qu'il serait utile de les réunir dans une seule et surtout de montrer ce que les malades guéries après l'opération étaient devenues jusqu'à ce jour.

Ces opérations portent exclusivement sur des kystes ou tumeurs kystiques de l'ovaire, à l'exclusion de toute autre lésion de cet organe.

Elles ont été pratiquées dans le cours de huit années et peuvent être divisées en deux séries de *cent opérations* chacune. Cette division m'a semblé indispensable car ces deux séries diffèrent considérablement par leurs résultats; le premier cent ayant donné 12 décès, le second n'en ayant donné que 4. La première commence en juin 1882 et finit en juin 1887; la seconde va de 1887 à 1889. Je les sépare donc avec soin. En effet, les heureux résultats de la seconde sont facilement expliqués par les précautions antiseptiques plus précises que j'ai employées et dont je donnerai plus loin les détails. C'est à partir du moment où j'ai pris ces soins spéciaux dans mes opérations, que j'ai vu diminuer le nombre des accidents et obtenu, non seulement une série de trente-quatre opérations sans décès, mais plusieurs séries de vingt et de vingt-cinq guérisons consécutives.

Pour rendre cette statistique plus instructive je diviserai ce travail en trois parties.

Dans la première j'indiquerai la nature des kystes enlevés par la laparotomie ; la nature de l'opération, suivant qu'elle a été complète ou incomplète ; les résultats immédiats après l'opération ; enfin la cause des décès.

Dans la seconde partie seront indiqués : les résultats éloignés, c'est-à-dire l'état actuel de la malade tel qu'il résulte des renseignements que m'a fournie une enquête très complète sur la santé de mes opérées, jusqu'à ce jour. Ce tableau comprendra le nombre des survivantes ainsi que les causes de la mort, chez celles qui ont succombé depuis l'opération.

Enfin je terminerai en rappelant quelles sont les modifications apportées dans le manuel opératoire de mes cent der-

nières ovariotomies, modifications qui, d'après moi, ont été la cause d'une grande diminution dans la mortalité.

J'ajouterai que depuis le premier juin 1889, j'ai fait environ cinquante ovariotomies nouvelles non comprises dans cette statistique et qui m'ont donné seulement deux cas de mort.

I. — Nature des kystes. — Opérations. — Résultats immédiats. — Causes des insuccès.

Variétés de kystes opérés. — La nature des kystes observés dans le cours de ces opérations correspond aux variétés suivantes.

a) Kystes multiloculaires, plus ou moins compliqués, végétants ou simples : *cent soixante.*

b) Kystes para-ovariens simples, inclus ou non dans le ligament large : *vingt-cinq.*

La plupart des kystes para-ovariens étaient inclus dans le ligament large et ont nécessité une décortication plus ou moins difficile.

c) Kystes dermoïdes : *huit.*

d) Kystes hydatiques : *un.*

Opérations doubles. — Sur quarante-quatre malades l'opération fut double. L'ovaire du côté opposé au siège principal de la maladie fut enlevé, soit parce qu'il était le siège d'un kyste plus ou moins volumineux, quelquefois égal à celui du côté opposé (chez quatre malades), soit parce que son état était suspect, son volume exagéré et qu'il présentait déjà quelques kystes rudimentaires.

Cette double opération ne semble pas avoir influé sur le résultat car, sur ces 44 malades il n'y eut qu'une seule mort.

J'ajouterai, à propos de ces opérations doubles que chez les femmes ayant dépassé l'âge de 45 ans, il me semble utile d'enlever l'ovaire du côté opposé, s'il présente les moindres signes d'altération. On évitera ainsi la récidive du kyste dans cet ovaire laissé en place en même temps qu'on supprimera un organe devenu inutile. Cette pratique défendue par de

nombreux opérateurs, me semble très rationnelle, surtout en présence de ce fait qu'elle n'aggrave aucunement l'opération.

Je n'ai pas jusqu'à présent mis ce précepte en pratique d'une façon rigoureuse et exclusive, mais il est probable que je n'aurai dans l'avenir aucune hésitation pour enlever le second ovaire chez une femme âgée, à moins qu'il n'ait déjà subi une atrophie complète et manifeste. Au contraire chez les jeunes femmes le second ovaire ne doit être enlevé, que s'il est manifestement altéré.

Parmi les malades chez lesquelles les deux ovaires furent enlevés, vingt-cinq n'avaient pas atteint l'âge de la ménopause et étaient au-dessous de 48 ans.

J'ai noté à ce propos un fait curieux : cinq de ces femmes encore jeunes, ont conservé pendant plusieurs années des pertes sanguines qui rappelaient les règles, par leur régularité et leur abondance. Chez une seule elles semblent avoir persisté pendant quatre ans. Cependant chez ces opérées les deux ovaires étaient manifestement kystiques, volumineux et, par conséquent, ont été enlevés en totalité.

Opérations incomplètes. — Parmi ces opérations, j'ai trouvé un grand nombre de cas difficiles, mais dans lesquels l'ablation totale du kyste a pu être faite complètement, sans laisser le moindre lambeau dans la cavité abdominale.

D'autres opérations ont au contraire présenté des difficultés telles que j'ai dû renoncer à enlever la totalité du kyste et laisser en place une partie ou la totalité de la tumeur.

Ces opérations incomplètes ont été au nombre de *quatorze*.

Mais je ferai ici une remarque qui a une certaine importance : c'est que dans la première centaine de mes opérations, je note dix opérations incomplètes, avec des complications plus ou moins grandes ; tandis que dans la dernière série je n'ai eu que quatre cas semblables : j'ajouterai même qu'il s'agissait ici de lambeaux peu étendus du kyste qui furent abandonnés dans la plaie. Ces lambeaux ont pu être détachés

quelques jours après l'opération et ont laissé après eux une plaie qui s'est guérie complètement.

Une seconde remarque qui mérite d'attirer l'attention, nous montre que ces opérations incomplètes ont donné, malgré leur gravité apparente, de très heureux résultats. En effet, deux malades seulement sont mortes de l'opération ; l'une d'elles par péritonite purulente tardive, due probablement à la propagation de la suppuration de la cavité kystique au péritoine voisin; l'autre par septicémie chronique après 40 jours.

Un seul des kystes abandonné en partie dans l'abdomen avait une surface interne végétante. La malade guérit de l'opération et se rétablit complètement, sauf la présence d'une fistulette qui persista. Plus tard, les parois de cette poche végétèrent de nouveau et la malade mourut d'épuisement deux ans après l'opération.

Le traitement des kystes enlevés incomplètement a varié suivant les cas. Huit furent traités par l'ouverture large, des nettoyages consécutifs et le drainage ordinaire. Mais les six autres, qui étaient des kystes para-ovariens à parois simples et uniloculaires ne purent être enlevés soit à cause de leurs adhérences inflammatoires, soit surtout parce qu'ils étaient trop intimement infiltrés dans le ligament large. Ils furent drainés par le vagin. La guérison fut réalisée en deux mois et demi environ. Cependant l'un deux présentait à sa surface quelques végétations qui retardèrent la guérison; après plusieurs mois la paroi s'élimina par gangrène et la malade guérit quinze mois après l'opération.

PÉRITONITE AVANT L'OPÉRATION. — J'ai opéré 3 malades qui étaient atteintes avant l'opération de péritonite aiguë et devant certainement se terminer rapidement par la mort.

Dans deux cas cette péritonite était provoquée par la rupture accidentelle dans la cavité péritonéale d'un kyste à contenu gélatineux et noirâtre.

La troisième malade portait un kyste énorme et était accouchée depuis 25 jours. Les accidents péritonéaux avaient

succédé à un état puerpéral utéro-ovarien de faible gravité. Elle avait avant l'opération 39° depuis quelques jours et était très peu résistante.

Dans ces cas, l'ablation rapide de ce kyste volumineux, du poids de 18 kilogr., malgré des adhérences multiples, et suivie du lavage du péritoine fut suivie de guérison.

TEMPÉRATURES APRÈS L'OPÉRATION. — Les températures ont été prises avec soin chez toutes mes malades, surtout dans le deuxième cent.

Soixante-cinq n'ont-jamais présenté plus de 37°,5 ; un grand nombre n'ont eu que 37°,3 ou 37°,2. Vingt ont eu, le soir ou le lendemain de l'opération, 38°,1 ou 38°,2 ; mais une purgation donnée aussitôt arrêtait cette ascension thermique. La première évacuation était le signal de l'abaissement de la température.

Cinq malades ont eu, le lendemain de l'opération, une température plus élevée : 38°,5. Mais chez aucune, parmi celles qui ont guéri, la température n'a dépassé ce chiffre, sauf deux d'entre elles où nous avons noté : 39°. Ces deux dernières même n'ont présenté cette température que pendant 36 à 48 heures.

La soif chez ces opérées a été très rarement vive et persistante. Enfin, ce qui frappe surtout les médecins qui viennent visiter mes opérées, c'est le calme et la tranquillité dont elles jouissent. Dès le second jour, la figure s'éclaircit et l'état général est parfait.

Cet état contraste étrangement avec les phénomènes nerveux, l'agitation, la température élevée, la sécheresse de la langue qui étaient presque la règle dans mon premier cent d'opérations.

Etait-ce là le résultat d'une antisepsie moins parfaite, ou l'abus mal entendu des antiseptiques, surtout de l'eau phéniquée ? Je ne saurais me prononcer catégoriquement. Cependant je suppose que, en ce qui concerne la cause probable des élévations passagères de température, de l'agitation, et de l'apparition des phénomènes nerveux, il faut son-

ger à l'action probable des antiseptiques trop violents, ou trop abondamment employés. En effet, je n'observe plus ce genre d'accidents, que plusieurs de mes collègues ont décrits et que, moi-même, j'ai connus aussi, à mes débuts.

ABLATION DES FILS. — Les fils de sutures sont toujours enlevés le huitième jour. La réunion est, toujours, parfaite, et, dans mon deuxième cent, je n'ai observé que bien rarement des abcès sur le trajet des fils superficiels.

ANESTHÉSIE. — J'ai toujours employé le chloroforme, sans appareil spécial, c'est-à-dire avec une compresse et à doses modérées, car rarement, même dans les plus longues opérations, la dose a dépassé 50 grammes. La quantité employée importe d'ailleurs assez peu. Je n'ai jamais noté d'accidents.

Trois fois seulement nous avons dû pratiquer la respiration artificielle pour des syncopes survenues dès le début de l'opération.

Des piqûres sous-cutanées d'éther ont été nécessaires pour ranimer quelques malades affaiblies.

CAUSES DE LA MORT APRÈS L'OPÉRATION. — En analysant avec soin les causes de la mort, dans ces deux séries de cent observations, je constate également pour chacune d'elles une très grande différence.

Dans la première centaine, sur 12 malades qui sont mortes après l'opération, j'en ai perdu 4 de péritonite aiguë rapide, avec ou sans septicémie. Deux sont mortes de péritonite purulente à marche lente ; l'une après 22 jours (celle dont j'ai parlé à propos des opérations incomplètes) ; l'autre mourut après 35 jours d'une péritonite purulente chronique qui avait débuté insidieusement vers le quinzième jour après l'opération. Les 6 autres malades moururent d'épuisement, quelques heures après des opérations très graves et très prolongées ; ces femmes étaient très affaiblies ; mais la mort survint évi-

demment avant que toute affection inflammatoire ou septicémique ait eu le temps de se développer.

Dans la deuxième centaine, au contraire, sur 4 malades 3 moururent d'épuisement et une seule succomba vers le deuxième jour à une péritonite lente. Je n'ai jamais pu découvrir la cause exacte de cette péritonite, et j'ai toujours soupçonné qu'elle était due à ce fait que j'avais été obligé d'abandonner dans l'abdomen un large lambeau de la paroi kystique mortifiée, et adhérente à la face inférieure du diaphragme, au niveau de son centre.

Je peux donc affirmer que dans mon dernier cent, j'ai éliminé complètement la péritonite, malgré la gravité des opérations, car je compte au moins soixante-dix opérations ayant présenté des difficultés sérieuses.

II. — **Résultats éloignés.**

J'ai pu suivre assez exactement la plupart des malades guéries après extirpation d'un ou de deux kystes de l'ovaire. Des nouvelles précises m'ont été fournies soit par elles-mêmes, soit par les médecins qui me les avaient envoyées.

Voici le résumé rapide des résultats que m'a fournis cette statistique :

Sur cent quatre-vingt-quatre malades guéries après l'opération j'ai obtenu, par mes recherches, avant le 1er juin 1889 un an après la date de la dernière opération, les résultats suivants :

Je rappellerai d'abord que 10 de mes opérées n'ont pu être retrouvées. Elles ne figureront pas ici. Restent donc 174 opérées sur lesquelles des nouvelles précises me sont parvenues.

Neuf sont mortes après leur guérison définitive, dans des conditions assez variables ;

Une a succombé aux accidents produits par l'étranglement d'une hernie inguinale qui fut opérée tardivement ; cet accident survint deux mois après sa guérison.

Une seconde malade est morte des suites d'une seconde opération pratiquée pour une récidive d'un kyste multiloculaire dans l'ovaire resté en place lors de la première intervention qui avait eu lieu 13 mois avant.

L'une de mes opérées (1883) qui avait parfaitement guéri à la suite de l'ablation d'un immense kyste multiloculaire mourut dans une maison d'aliénés, deux ans et demi après. Elle était manifestement alcoolique.

Une de récidive sarcomateuse dans l'épiploon, six mois après l'opération.

Une de récidive sarcomateuse, dix huit mois après l'opération.

Une d'épuisement, quatre mois après.

Une d'épuisement, neuf mois après.

Une d'épuisement, un an après.

Une de fièvre typhoïde, dix-huit mois après l'opération.

Je ferai remarquer que les trois malades qui ont eu des récidives avaient été opérées pour des tumeurs sarcomatokystiques de l'ovaire et que la récidive m'avait semblé fort probable après l'examen de la tumeur. Chez l'une d'elles j'avais enlevé un énorme morceau de l'épiploon formé de noyaux sarcomateux.

Sur mes deux cents opérées (de 1882 au mois de juillet 1889), *cent soixante-quatre* ont survécu jusqu'à ce jour (juin 1890) et jouissent en général d'une bonne santé.

Désirant savoir ce que ces malades étaient devenues et ce qu'était leur vie habituelle, j'ai eu sur chacune d'elles, les renseignements les plus précis et les nouvelles de leur santé sont excellentes.

GROSSESSE. — Parmi les malades ayant subi l'ablation d'un seul kyste et chez lesquelles un des ovaires était intact, neuf devinrent enceintes et eurent des enfants, viables et bien portants. Une de ces malades opérée d'un kyste multiloculaire dans le courant de l'année 1886 a eu actuellement deux enfants, l'un en 1888 l'autre en 1889.

ACCIDENTS SECONDAIRES.— Quelques-unes de mes opérées, une dizaine environ, d'après les renseignements que j'ai eus, ont à la suite de leur laparotomie une distension de la cicatrice.

Chez six d'entre elles il s'agit d'une saillie anormale de la cicatrice variant du volume d'une noix à celui d'une orange, facilement maintenue par une pelote ajoutée à la ceinture abdominale que porte chacune de ces malades.

Quatre d'entre elles ont des éventrations plus marquées, occupant toute la hauteur de la cicatrice, qui était considérable. Cette éventration gênante est maintenue par une pelote spéciale.

RÉCIDIVES. — Dans un mémoire que j'ai publié dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, en 1885, j'appelais l'attention sur les récidives des kystes de l'ovaire et j'avais à ce sujet, réuni un certain nombre d'observations, qui m'avaient montré la rareté de ces récidives.

Or, dans le relevé de mes malades guéries après l'opération je n'en trouve que trois mortes de récidive évidente.

La première, opérée le 4 décembre 1882 est morte le 15 décembre 1883; son observation a été relatée dans mon mémoire sur les récidives cancéreuses. La récidive reparut dans la cicatrice, malgré l'ablation totale du kyste et la rentrée du pédicule dans l'abdomen.

La seconde de ces malades, opérée le 3 mai 1887, d'un sarcome kystique, eut une récidive après huit mois ; elle mourut rapidement.

Enfin une troisième, opérée le 6 juin 1888, d'un cystosarcome de l'ovaire, avec épiploon rempli de tumeurs, mourut le 8 octobre 1888.

Je ferai remarquer la rareté de ces récidives, puisque sur mes deux cents opérées je n'en ai trouvé que trois cas.

Il est nécessaire également de faire une distinction entre ces cas. En effet, si pour la première de ces malades, on n'a rien noté de particulier au point de vue de l'anatomie patho-

logique et de la nature du kyste, dans les deux autres cas il s'agissait manifestement de tumeurs malignes, c'est-à-dire de sarcomes kystiques de l'ovaire, à développement rapide.

La malignité était si évidente chez le second malade que l'épiploon était plein de noyaux sarcomateux et qu'il fut réséqué.

Il est bien entendu que je ne fais pas rentrer dans le cadre des récidives, c'est-à-dire de la reproduction de la substance cancéreuse soit dans le pédicule, soit dans la cicatrice, soit dans d'autres parties éloignées de la zone opératoire, les cas dans lesquels un kyste s'est développé dans l'autre ovaire resté en place. En effet, il est possible que le second ovaire fût déjà malade au moment de la première intervention et qu'on ait négligé de l'enlever, soit qu'on n'ait pas reconnu cette altération, soit parce que la gravité de l'intervention rendait sa recherche difficile.

La formation d'un kyste dans l'ovaire resté en place, après une première opération, s'est présentée chez mes opérées trois fois. Deux fois seulement, j'ai eu l'occasion de faire une seconde ablation.

La première malade, opérée en 1887, et sortie parfaitement guérie, rentra un an après à la Salpêtrière en 1888 ; elle portait un autre kyste qui s'était rompu environ un mois avant son entrée. Cette rupture avait provoqué chez elle des accidents péritonéaux assez graves mais surtout des vomissements incoercibles et un grand affaiblissement. L'opération fut très longue et très pénible, il fallut débarrasser le péritoine de la masse gélatineuse infiltrée dans les intestins. La malade mourut d'épuisement quatre heures après l'opération.

La seconde malade à laquelle j'ai enlevé à un an d'intervalle deux kystes de l'ovaire, guérit complètement pour la seconde fois. Mais son histoire présente des particularités assez curieuses pour que je la relate en quelques lignes.

La première opération, pratiquée en mai 1888, permit d'en

lever un immense kyste gélatineux du poids de dix-neuf kilogr. environ, rompu dans le péritoine depuis plusieurs jours. Une certaine quantité de gélatine greffée sur l'épiploon et la surface d'une anse intestinale fut laissée en place. Un fibrome assez volumineux du fond de l'utérus, adhérent au kyste put être enlevé avec pédicule extérieur. La malade guérit rapidement de cette double opération ou *ovario-hystérectomie.*

Mais bientôt après, le ventre commença à augmenter de volume. La première ablation datait de plus d'un an, lorsque j'enlevai de nouveau, en juillet 1889, à cette malade, un kyste gélatineux multiloculaire de dix-huit kilogr., en même temps je réséquai tout l'épiploon pesant environ quatre kilogr. et rempli de matière myxomateuse. Malgré ces opérations étendues et graves, la malade guérit rapidement et est actuellement bien portante.

La troisième malade avait subi une première ovariotomie le 1er août 1883. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire à contenu colloïde, de huit kilogrammes, venant de l'ovaire droit. Elle fut opérée en 1887, quatre ans après la première intervention, d'un autre kyste par un chirurgien dont j'ignore le nom. Elle mourut huit jours après l'opération.

III. — **Manuel opératoire. Antisepsie.**

Les principales modifications que j'ai apportées dans le manuel opératoire et l'instrumentation de mes ovariotomies, surtout à partir de 1886, et auxquelles j'attache une grande importance, portent sur les points suivants :

1° La stérilisation exacte et absolue de tous mes instruments par l'emploi de la chaleur et surtout par le séjour prolongé pendant dix minutes dans l'eau bouillante. Cette méthode substituée au simple séjour des instruments dans l'eau phéniquée forte, semble donner une plus grande sécurité. Aussi, depuis que j'ai le premier indiqué cette méthode en 1886, elle a été employée avec avantage par un grand nombre de mes collègues.

Quel que soit le dégré de chaleur auquel on soumettra les instruments, le principe reste toujours le même, une température très élevée n'est pas absolument nécessaire; en effet, l'expérience m'a prouvé que pendant la pratique ordinaire, la température de 100° est largement suffisante. Je n'ai pas besoin d'ajouter que la propreté apparente dés instruments doit être, au préalable, aussi parfaite que possible.

La seconde modification qui est très importante, et qui me semble avoir augmenté notablement mes succès, en diminuant surtout les causes de septicémie, a consisté dans l'emploi du lavage de la cavité péritonéale avec une grande quantité d'eau filtrée et bouillie.

Ce mode de nettoyage du péritoine, après les opérations difficiles, ayant nécessité des désordres étendus de la séreuse ou son contact avec des substances plus ou moins altérées, m'a toujours donné d'excellents résultats. Je n'ai jamais pu constater le moindre accident imputable à cette méthode et je lui dois certainement plusieurs succès dans des cas très compliqués.

J'ai employé cette méthode dans plus de soixante cas et je considère qu'elle est, seule, capable de permettre le nettoyage complet de la partie déclive du bassin, lorsque ces parties contiennent du sang ou des matières venant des kystes rompus. Or, non seulement l'expérience des faits démontre l'importance de ce nettoyage, mais le raisonnement le plus simple indique qu'on ne doit abandonner dans le péritoine qu'une quantité aussi minime que possible de matière susceptible de fermentation.

La troisième modification a consisté à faire un nettoyage plus exact et plus certain de mes doigts et de ceux de mes aides : l'usage de brosses avec rebords en crins permettant d'agir directement sous la matrice de l'ongle ; l'usage de l'alcool et du permanganate de potasse ; en un mot l'emploi successif de tous les moyens capables d'enlever ou de détruire les substances nuisibles existant dans les anfractuo-

sités de la peau ou sous les ongles; tels sont les moyens dont je n'ai jamais négligé l'emploi.

Enfin je pourrais ajouter comme dernière précaution, aussi importante, l'ébullition des soies servant pour les ligatures. Mais j'insiste aussi sur l'habitude que j'ai prise de pratiquer presque seul mes opérations, me servant moi-même et exclusivement de tous les instruments. Un seul aide maniant les éponges et empêchant la sortie des intestins, n'intervient dans l'opération qu'accessoirement.

En résumé, je répète que tous ces moyens employés depuis le milieu de l'année 1886, c'est-à-dire au début de mon deuxième cent d'ovariotomies, m'ont permis d'obtenir le résultat que j'ai déjà indiqué plus haut; c'est-à-dire que sur ces cent malades je n'ai perdu que 4 opérées, dont une seule de péritonite et encore celle-ci s'est développée dans des conditions spéciales sur lesquelles j'ai déjà insisté.

DE LA CYSTOPEXIE, OPÉRATION AUTOPLASTIQUE NOUVELLE DESTINÉE A REMÉDIER A LA CYSTOCÈLE VAGINALE

Par M. **Tuffier**, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

L'opération que je rapporte ici a été exécutée le 15 mars 1889 ; les expériences que j'y joins l'avaient précédée. Je place cette date en tête de ce mémoire pour deux raisons. La première, c'est que je ne connais aucune opération de ce genre pratiquée avant la mienne ; la seconde, c'est que mon opérée a été suivie dix-huit mois. Je considère la durée d'un an à dix-huit mois comme un minimum indispensable pour juger la valeur et les résultats vraiment thérapeutiques de la chirurgie réparatrice. C'est un point qu'on oublie trop souvent.

La cystopexie a pour but de fixer la vessie à la paroi abdominale dans les cas de cystocèle vaginale. C'est un suc-

cédané de la colporrhaphie et de l'élytrorrhaphie antérieure. Son application est indiquée dans tous les cas où cette dernière est impraticable ou a échoué ; elle peut être employée en complément d'une hystéropexie.

La saillie de la vessie dans le vagin est due à une insuffisance de ses moyens de fixité. Or, le plancher vésical étant formé par la paroi antérieure du vagin, c'est à la consolidation de cette paroi que l'on devait s'adresser tout d'abord. La colporrhaphie antérieure atteint ce but. Mais la vessie, par son poids, tend sans cesse à déprimer cette paroi antérieure du vagin : on peut neutraliser cette force en fixant les parties latérales de la vessie à la paroi abdominale antérieure. Telle est l'idée théorique qui me fit chercher de ce côté. Avant de de la mettre en pratique, j'élucidai par l'expérimentation les questions suivantes : 1° Les parois vésicales sont-elles susceptibles de prendre adhérences sur la paroi abdominale antérieure ? Question de physiologie pathologique. 2° La fixation de la paroi inférieure de la vessie peut-elle nuire à l'excrétion urinaire en augmentant la fréquence des besoins ? 3° La traction exercée sur le bas-fond vésical ne peut-elle pas couder les uretères à leur entrée dans la vessie ? Ces expériences préliminaires ont été faites sur des chiennes au laboratoire de M. Dastre, où je poursuis depuis plusieurs années des études expérimentales.

Les parois vésicales prennent adhérences intimes par fusion complète et anastomose vasculaire avec la paroi abdominale. Les pièces que j'ai présentées à la *Société anatomique* le prouvent. Elles ont été obtenues par le procédé suivant. Je pratique la laparotomie sus-pubienne, puis je dénude la vessie de sa couche péritonéale pour mettre à nu la couche musculeuse dans les conditions où elle est à sa partie antérieure chez la femme. Je dénude de même la séreuse de la paroi abdominale dans une étendue égale à la dénudation vésicale et en un point symétrique et superposable (1). Pour

(1) Cette dénudation était située sur les deux faces latérales et inférieure de

mettre en contact les surfaces ainsi avivées, je passe dans les quatre angles symétriques quatre points de suture de catgut comprenant l'épaisseur de la paroi vésicale, non compris la muqueuse d'un côté et le plan fibro-musculaire de la paroi abdominale de l'autre. En serrant les quatre fils, les deux surfaces cruentées s'accolent directement. Je fixe exactement de la même façon la surface avivée du côté opposé, l'abdomen est refermé et la réunion par première intention obtenue. Sur les trois opérations pratiquées ainsi, sous le couvert de la plus rigoureuse antisepsie, j'ai obtenu un résultat parfait qui m'a permis de répondre négativement aux deux craintes suivantes. Le réservoir urinaire conserve une capacité suffisante, et le fonctionnement des uretères n'est en aucune façon gêné. J'ai sacrifié mes animaux après huit jours, un mois et deux mois, et l'examen des pièces m'a montré une adhérence intime de la paroi musculaire vésicale à la paroi abdominale. Cette adhérence existe sur une surface cruentée. Une coupe pratiquée à ce niveau montre une fusion intime des tissus. L'examen histologique a montré des anastomoses vasculaires pariéto-vésicales à ce niveau. La fixation est donc efficace.

La conformation du réservoir urinaire prouve que sa capacité n'a pas diminué, la plicature faite à la partie antérieure du réservoir par suite de la suture de sa partie postérieure, se distend au-dessus de l'adhérence et l'ensemble de la vessie prend son développement vers la partie supérieure. Une injection dans la vessie permet de se rendre compte de cette forme. Quant à la coudure possible des uretères, c'est une vue théorique si on reste éloigné de leur embouchure, car l'appareil urétéro-rénal dans tous ces cas était sain et un stylet pénétrait parfaitement dans leur intérieur. Ces deux dernières constatations prouvent que ce mode opératoire est

---

la vessie à 3 cent. au-dessus et en dehors de l'abord urétéral, elle présentait un rectangle de 4 cent. de côté, l'ablation de la séreuse pariétale était faite sur une étendue égale.

inoffensif, et nous savons déjà qu'il est efficace ; il n'y avait donc aucun inconvénient à le transporter à la chirurgie humaine.

Pour cela, j'ai repris l'anatomie de la région hypogastrique chez la femme, et des résultats que j'ai pu recueillir il en est deux qui importent ici : 1° Il est facile d'aborder les parties latérales et inférieure de la vessie sans léser le péritoine qui se décolle facilement et beaucoup plus loin qu'on ne le croit; 2° la face inférieure de la vessie adhère intimement à la paroi antérieure du vagin et la cloison vésico-vaginale ainsi formée est un tout confondu intimement ; une traction sur la vessie entraîne la paroi du vagin ; 3° la partie supérieure de la vessie tient son moyen de fixité de l'ouraque.

Fort de ces premiers résultats je pensais, sur la foi des auteurs, trouver de chaque côté de la vessie les ligaments latéraux de cet organe dont le raccourcissement accomplirait le résultat désiré. Malheureusement, si ces ligaments existent, ils sont impuissants, vu leur faiblesse, ou inutiles, vu leur situation inférieure. Sur le corps de la vessie, on ne trouve qu'un tissu cellulaire lâche et mince qui conduit sur le vagin, voilà tout. Le seul moyen de fixité naturel et abordable par cette région est constitué par l'ouraque, sa traction en haut entraîne la région supérieure de la vessie et la partie correspondante du cul-de-sac antéro-supérieur du vagin. Son raccourcissement est donc applicable, mais dans les seuls prolapsus graves de la vessie. Je l'ai exécuté sur le cadavre et je conseille en pareil cas la résection pure et simple d'une longueur déterminée de ce cordon préalablement isolé du péritoine, avec suture des deux bouts réséqués entre eux et dans la plaie hypogastrique. En dehors de cette résection de l'ouraque, la fixation de la vessie tombant dans le vagin ne peut être obtenue que par des adhérences créées de toutes pièces.

J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois la cystopexie pour guérir des cystocèles vaginales. Ma première opération a été rapportée en partie dans la thèse de Dumoret à propos de

l'hystéropexie. Elle a été suivie pendant 14 mois. La seconde, toute récente, pratiquée à Cochin, est inédite et n'a d'intérêt qu'au point de vue de l'opération. L'avenir jugera du résultat thérapeutique. Voici le manuel opératoire que j'ai employé dans ma seconde opération et que je conseille. Toutes les règles de la stérilisation et de l'antisepsie étant observées, on dilate modérément la vessie par 250 à 300 grammes d'acide borique. On incise alors la région hypogastrique dans l'étendue de quatre travers de doigt, comme s'il s'agissait d'une taille. On tombe sur la cavité de Retzius et la vessie, facile à reconnaître à ses veines. On décolle très facilement ses parties latérales du péritoine; pour cela un aide maintient un ou deux doigts dans le vagin, il facilite ainsi le décollement et permet de se rendre compte exactement de la région où on se trouve. Le décollement est poussé prudemment jusqu'à ce qu'on arrive sur la paroi vaginale. Il faut alors se garder d'attaquer en ce point la vessie; on risquerait de blesser l'uretère; il faut remonter à deux centimètres environ au-dessus, et là on est certain d'avoir la paroi latérale de la vessie seule. On vide alors partiellement la vessie, ce qui permet de manœuvrer plus à l'aise. En exerçant sur cette partie latérale des tractions en haut on entraîne le prolapsus vaginal, ainsi que le doigt de l'aide l'atteste, et on constate qu'en amenant de chaque côté la paroi vésicale au contact de la paroi abdominale on réduit complètement la cystocèle. Il ne reste plus qu'à faire la suture dans une bonne position. Pour cela, je passe dans la paroi de la vessie quatre fils de soie déterminant un rectangle d'environ 3 millimètres de côté sur la région choisie, puis je les fixe à la paroi abdominale si bien qu'ils forment ainsi un rectangle vésical collé sur le rectangle abdominal. Ils doivent être facilement amenés. La tension sur la paroi vésicale doit être modérée, mais suffisante pour réduire le prolapsus, ainsi que l'atteste l'aide dont le *doigt est à demeure* dans le vagin. La même suture est faite du côté opposé sur une étendue égale. Je conseille à cet égard de commencer par le côté

gauche de la malade, car on manœuvre plus difficilement de ce côté et il est préférable d'y évoluer à l'aise.

Je me suis contenté de fixer ainsi la vessie; mais si ces moyens étaient insuffisants on pourrait raccourcir l'ouraque ainsi que je l'ai montré plus haut.

L'incision hypogastrique est alors suturée en étages pour éviter toute éventration. Pansement iodoformé et ouate sans drainage; le vagin est tamponné légèrement à la gaze iodoformée, et la malade est sondée pendant 7 jours. Fils et pansement sont enlevés le septième jour. Je continue le tamponnement jusqu'au quinzième jour, époque à laquelle la malade se lève. La réduction est alors parfaite. Quant aux résultats éloignés, ma première observation seule en fait foi. Elle a trait à une femme de 49 ans (Athén. Gaud...), entrée le 12 octobre 1888 à l'hôpital Cochin, salle Cochin, lit n° 13. Elle présentait alors un énorme prolapsus utérin incoercible et pour lequel je fis avec succès complet l'hystéropexie. La malade, suivie pendant 18 mois, est restée de ce côté absolument guérie, l'utérus n'a jamais quitté la paroi abdominale (c'est la seconde opération faite en France); mais il persista un degré de cystocèle assez marqué pour gêner la malade. Après avoir travaillé pendant quatre mois après son opération, elle vint me trouver, se plaignant de l'apparition entre les grandes lèvres d'une tumeur. Je trouvai une cystocèle très marquée. Pour remédier à cette difformité, je fis, avec l'aide de M. le Dr Poupinel et mon interne M. Chipault, l'opération suivante dont l'anatomie m'avait prouvé la facilité, et l'expérimentation, l'efficacité.

Toutes les précautions antiseptiques étant prises, la vessie étant distendue par 200 grammes d'acide borique, et le doigt d'un aide étant placé à demeure dans le vagin, je fais une incision de 5 à 6 centimètres aboutissant sur la symphyse pubienne; je dissèque la paroi abdominale comme dans la taille et je découvre la face antérieure de la vessie; je décolle l'organe sur chaque face latérale à mi-chemin de la ligne médiane et du vagin; je m'assure par des tractions sur

la vessie à ce niveau que je réduis le prolapsus vésical, le doigt de mon aide en fait foi. Je passe alors à ce niveau sur la face latérale gauche, et dans l'épaisseur de la paroi vésicale, quatre fils de catgut n° 2 distants chacun de un centimètre ; un des chefs de chaque fil est passé dans l'épaisseur de la paroi profonde abdominale sur un point distant environ d'un centimètre de l'incision médiane. Ces fils une fois serrés, toute la partie latérale gauche de la vessie est soulevée en masse en avant ; je répète la même suture du côté droit et j'obtiens ainsi une véritable suspension de la vessie à la paroi abdominale antérieure. La plaie hypogastrique est fermée en étage au catgut et la peau est réunie au crin de Florence. La vessie vidée, j'examine la paroi antérieure du vagin, elle est parfaitement tendue, sauf au niveau de l'urèthre. Pansement iodoformé et ouaté, tampon vaginal iodoformé, cathétérisme toutes les 3 heures. Réunion sans drainage, suppression des fils au 7e jour, ainsi que du cathétérisme. La malade sort guérie le 15e jour sans présenter aucun trouble ni aucune fréquence de miction.

Elle reprend son métier de bonne à tout faire, monte 5 étages par jour, je la revois tous les deux mois. En octobre 1889 sa vessie est restée en bonne place, mais l'urèthre et la partie voisine de la vessie sont saillants et présentent le volume d'une noisette; je pratique une petite élytrorrhaphie antérieure. La malade est restée guérie depuis cette époque, jusqu'en mars 1890, date de sa dernière visite.

L'opération que je viens proposer me paraît logique, inoffensive et efficace. L'avenir seul nous démontrera sa valeur thérapeutique à longue échéance. Les faits que je vous apporte sont trop peu nombreux pour entraîner une conviction définitive ; mais les cystocèles sont nombreuses et vous trouverez, j'espère, l'occasion d'étudier la valeur de ce procédé.

CYSTOPEXIE POUR LA CURE DE LA CYSTOCÈLE VAGINALE

Par le Dr **Paul Dumoret** (de Paris),
Ancien interne des hôpitaux.

Antécédents. — État de la malade avant l'opération. — Femme Loiseau, 48 ans, journalière, demeurant à Aubervilliers.

Antécédents héréditaires. — Père portait une hernie inguinale double, mère depuis l'âge de 30 ans faisait *usage d'un pessaire* pour une chute de matrice. Sœur porte également un pessaire. Sa fille, âgée de 25 ans, depuis trois ans, époque de son premier accouchement, sent une grosseur qui effleure la vulve et qui se réduit avec la main.

Antécédents personnels. — Grande, maigre, santé antérieure bonne.

Réglée à 17 ans, menstruation irrégulière, a eu deux enfants. 1er enfant à 26 ans, 2e à 30 ans.

Premier accouchement s'est effectué seul, la sage-femme a extrait le délivre une heure environ après la venue de l'enfant.

Déchirure du périnée. Dès ce moment abaissement notable de l'utérus qui dépasse l'orifice vulvaire à la suite de station verticale prolongée. A la suite du second accouchement, le prolapsus utérin s'accentue. En même temps apparition vers la fin du 4e mois de cette seconde grossesse d'une « grosseur ressemblant à une poire en caoutchouc », la pression de cette « grosseur » détermine l'envie d'uriner.

La malade reste dans cet état sans consulter jusqu'en 1878.

En avril 1878, elle consulte M. Gallard dans le service duquel elle entre le 2 mai. M. Polaillon appelé par M. Gallard pratique une amputation du col utérin, en excise 0,08 1/2 et fait une périnéorraphie. La malade quitte l'hôpital le 20 juillet guérie de son prolapsus utérin, mais elle se plaint d'une grosseur molle qui a beaucoup augmenté, dit-elle, depuis l'opération.

M. Gallard lui répond que l'on ne peut lui couper la vessie et prescrit l'usage continu d'un pessaire (?).

De 1878 à novembre 1889, elle porta les pessaires les plus variés sans en retirer aucun soulagement, la réductibilité n'étant plus assurée. Douleurs lombaires persistantes, exacerbation à la marche, à la fatigue, miction fréquente par expression manuelle de la cystocèle. La malade, qui est employée à la fabrique de colle de pâte à Aubervilliers, ne peut travailler que quatre jours de la semaine, tant ses douleurs sont exacerbées.

Nous la voyons le 3 novembre 1889.

On note : Émaciation considérable, dyspepsie. Palpation abdominale ne donne rien.

Cystocèle vaginale considérable, toute la paroi vaginale antérieure semble en prolapsus sur la paroi vaginale postérieure. Sillon circulaire stigmate de l'application du pessaire atteint le volume d'une tête de fœtus dans la station verticale. Envies très fréquentes d'uriner. L'examen de la vessie dénote la présence d'un petit calcul occupant le fond prolabé de cet organe, urèthre dilaté.

Rien à l'auscultation du cœur et du poumon. La malade est prête à subir une opération quelle qu'elle soit, « *elle ne peut plus vivre comme cela* ».

Je lui proposai la laparotomie qu'elle accepta.

Après un mois de surveillance pendant lequel on institua : Injections vaginales quotidiennes au sublimé, tamponnement du vagin à la gaze au salol chaque soir, potion au biborate de soude, lavages vésicaux à l'eau boriquée, naphtol à l'intérieur à la dose de 2 gr. par jour, grands bains, application de pansement au sublimé sur la paroi abdominale : après en un mot avoir rendu le terrain le plus aseptique possible je m'arrêtai au plan suivant :

Quelques recherches cadavériques m'ayant montré que le raccourcissement de l'ouraque par torsion uni à des tractions sur ce cordon élevait notablement la vessie et que d'autre part la suture péritonéale de cet organe paraissait concourir au même but ; je ré-résolus d'intervenir par une cystopexie *intra-péritonéale* avec suture de l'ouraque à la paroi abdominale espérant ainsi rétablir les moyens de soutien les plus *essentiels* de la vessie : *ouraque* et *péritoine*.

Je n'osai traverser de part en part la vessie craignant de créer de ce chef l'hémorrhagie ou l'infiltration d'urine.

Manuel opératoire.—Marche. — Terminaison. — Le 16 décembre 1889, je pratique une cystopexie intra-péritonéale, adoptant le

procédé suivant : antisepsie minutieuse (1). Stérilisation des instruments. Emploi de substances antiseptiques (eau phéniquée, solution de liqueur de Van Swieten, naphtol camphré, salol). Anesthésie avec le chloroforme Duncan. Cathétérisme. Lavages abondants du vagin débarrassé de toute la gaze au salol qu'il contient. Réduction de la cystocèle à l'aide d'une injection d'eau boriquée tiède poussée lentement avec une sonde à robinet métallique stérilisée ; la distension vésicale se maintient en fermant le robinet.

Je suis assisté de mes collègues et amis MM. Baudoin et Mignot, internes des hôpitaux. M. Beaudoin me sert d'aide direct, M. Mignot se charge des instruments, des compresses et des éponges.

Incision de 0,05 de la paroi abdominale antérieure sur la ligne médiane à partir de six travers de doigt au-dessous de l'ombilic jusqu'à quatre travers de doigt du pubis. On tombe sur le fascia sous-péritonéal, ponction du péritoine au bistouri, les bords de cette ouverture sont maintenus avec des pinces à pression ; elle est agrandie avec des ciseaux mousses, on agrandit également la section cutanée. On aperçoit alors une masse globuleuse rappelant comme forme la vessie et le cathéter maintenu dans le réservoir urinaire vient butter contre le fond de cette masse.

On croit un moment que c'est bien là la vessie.

Mais avant de suturer l'organe que l'on a sous les yeux on l'explore avec soin et on relève les particularités suivantes :

La masse s'étend plus dans le sens transversal qu'un sommet vésical ordinaire, en outre elle est légèrement sonore, enfin la palpation attentive de ce prétendu sommet vésical montre qu'une épaisseur plus que normale sépare du bec du cathéter l'organe que l'on tient entre les doigts.

Plus de doute, il s'agit d'une anse intestinale adhérente au fond de la vessie et qu'elle double en quelque sorte. On s'attache alors à détruire ces adhérences.

Cette partie de l'opération est particulièrement longue et laborieuse, on craint, vu la fusion intime des deux organes, de déchirer l'intestin.

En outre, ces adhérences donnent assez de sang et obligent à

(1) Je suis à *la lettre* toutes les précautions antiseptiques prises pour les laparotomies à l'hôpital Bichat dans le service de mon maître M. Terrier.

une hémostase qui n'est point faite pour abréger ce temps opératoire.

Cet isolement de l'intestin dure près de trois quarts d'heure, cette anse intestinale encadrait absolument le globe vésical qu'elle entourait en forme de croissant, l'examen de cette anse la montre recouverte de bandelettes qui font diagnostiquer le cæcum, l'appendice cæcal est d'ailleurs aperçu dans la fosse iliaque gauche. Et on ne pénètre à proprement parler dans la *cavité abdominale* qu'après la destruction de ces adhérences.

La vessie une fois libérée, on recherche l'ouraque pour le suturer aux muscles de la paroi abdominale, mais on ne peut y arriver.

D'ailleurs on ne s'acharne point à cette découverte, l'opération étant commencée déjà depuis près d'une heure.

Les anses intestinales sont refoulées à l'aide de compresses antiseptiques très chaudes imbibées de solution phéniquée faible (au 1/40).

On évacue en partie le liquide boriqué remplissant la vessie pour diminuer le poids de l'organe et soustraire à une traction trop forte les fils de suture.

On saisit alors de la main gauche le péritoine vésical sur ses parties latérales très près du sommet de l'organe qui est attiré vers la plaie pariétale.

A l'aide d'une aiguille courbe de Reverdin une *soie* de grosseur moyenne est alors passée un peu obliquement à travers les lèvres de l'ouverture de la paroi abdominale, la peau exceptée, elle pénètre dans la partie la plus élevée des insertions latérales du péritoine vésical, puis ressortie du péritoine qu'elle pénètre *seul*, elle est coudée en anse puis nouée.

Trois autres anses furent passées de même venant à mesure qu'elles sont plus inférieures rattacher le péritoine aux lèvres de la plaie vers sa partie antérieure.

Même manœuvre pour la face latérale gauche, mais cette fois pour ne point changer de place on charge le péritoine puis la paroi musculo-aponévrotique. Quatre soies sont également placées.

Exerçant alors de bas en haut de légères tractions sur les parties latérales de la vessie on découvre la portion de la face antérieure de cet organe confinant au cul-de-sac vésico-abdominal et TROIS fils de soie sont placés *très près de ce cul-de-sac antérieur*. Ce qui porte à *onze* les points de suture. On vide alors la

vessie et on peut constater que la cystocèle est complètement réduite et que la vessie est *très haut.*

Préoccupé de la fixation de l'organe ainsi suspendu par sa tunique séreuse SEULE, on reprend avec l'aiguille de Reverdin, les extrémités des soies passées dans le péritoine et préalablement nouées, puis on suture les chefs dans l'épaisseur même des muscles de la paroi abdominale, on pense qu'elles serviront à la fois de tuteurs aux fils intra-péritonéaux (*dont elles ne sont que la continuité*) et de moyens de suspension à distance.

La suture péritonéale terminée il se produisit un suintement sanguin abondant venant du fond de la plaie; des éponges antiseptiques, montées sur des pinces *ad hoc*, font de la compression, on place trois pinces hémostatiques qu'on laisse à demeure quelques instants, deux soies très fines servent à lier deux petites veines de la paroi vésicale antérieure.

L'hémostase assurée on ferme la paroi abdominale antérieure par quatre sutures profondes à la soie et la peau suturée au crin de Florence. Pas de drainage.

Pansement *sec* au salol. Vaseline au salol sur les bords de la plaie, poudre et gaze au salol. Ouate au salol. Mackintosch. Ouate ordinaire stérilisée, bandage de flanelle fortement serré. Une sonde molle en caoutchouc nº 16 stérilisée suivant le procédé de M. Delagenière est laissée à demeure dans la vessie. Tamponnement du vagin avec de la gaze au salol.

L'opération terminée on explore la paroi antérieure du vagin, à l'aide d'un hystéromètre. Cette paroi est dans un état de tension moyenne. Suites opératoires immédiates aseptiques. Aucun accident péritonéal. Pas de troubles du côté de la vessie ou de l'intestin. La temp. oscille entre 37°,2 et 37°,8.

Aucune douleur abdominale ni vésicale. Urines normales s'écoulant dans un urinal en verre contenant de la solution boriquée concentrée. Tout se passa à merveille jusqu'au 26 décembre. La malade ne se plaignait que « de ne pas manger comme à l'ordinaire et de n'avoir à sa disposition que des substances liquides ».

Le 23. Évacuations alvines abondantes après ingestion de 20 grammes d'huile de ricin.

Le soir du même jour, vers 5 heures, grand frisson ayant duré près de dix minutes, claquements de dents, sensation de froid, douleur dans le côté gauche en arrière.

On réchauffe à grand peine la malade.

A 8 heures nous voyons la malade.

Oppression, respiration 38, temp., 39°,2. Pouls, 140.

Respiration soufflante à gauche, quelques râles.

Le 24. Même état. Langue sèche, rôtie, à l'auscultation souffle tubaire et râles crépitants. Pas d'expectoration.

Ventouses sèches. Potion cordiale avec antipyrine, 3 grammes. Temp. M. 38°,8. S. 39°.

Le 25. Nuit un peu agitée. Subdelirium, oppression augmente. Un peu de cyanose des extrémités. Même traitement. Injections d'éther, Inhalations d'oxygène. Ventouses sèches.

Mon collègue et excellent ami le Dr Leriche assistant de M. Quénu voit la malade avec moi le 26 au matin vers 9 h. et porte le diagnostic après auscultation de *broncho-pneumonie gauche* qu'il rattache comme étiologie à l'épidémie régnante, à l'influenza.

La nuit a été mauvaise. Délire, oppression. Extrémités de plus en plus cyanosées. Injections d'éther. Ventouses sur le thorax et les cuisses. Inhalations d'oxygène. T. 39°,6.

Mort à 3 heures et demie du soir le 26 décembre.

Autopsie. — Le 28 au soir, mon ami M. Mignot, interne des hôpitaux et moi pratiquons l'autopsie. Les fils de suture retirés, la plaie abdominale n'eut aucune tendance à se désunir et nous sommes obligés de nous servir d'un scalpel pour la désunir. A l'ouverture de la cavité abdominale : anses intestinales libres, flottant dans l'abdomen, *aucune trace de péritonite*, pas le moindre vestige de *pus* bien entendu ; l'appendice cæcal occupe la fosse iliaque gauche, le cæcum est couché en travers au-dessus de la vessie.

Adhérence de la vessie à la paroi abdominale par toute sa face antérieure, malgré cela la paroi vaginale antérieure est encore légèrement en prolapsus affleurant la vulve (cette disposition nous est expliquée par la capacité énorme de la vessie et du vagin).

Les fils de soie ne sont point résorbés mais sont intimement unis aux tissus où ils ont été placés. *Les sutures ont donc bien tenu.*

La traction exercée sur l'utérus corrige facilement le léger prolapsus de la paroi vaginale antérieure et (1) pour nous, la nécessité

(1) La paroi vaginale antérieure, d'où partant la paroi vésicale postérieure

d'une laparo-hystéropexie complémentaire s'imposait dans notre cas et nous parut devoir être généralisée dans tous ceux de cystocèle volumineuse avec augmentatioo de capacité vésico-vaginale.

L'utérus ainsi fixé en arrière sert de tuteur postérieur, tend la paroi vaginale antérieure qui est ainsi transformée en un plan beaucoup plus résistant et plus efficace.

Pour ne pas ouvrir la cavité thoracique nous perforons le diaphragme et extrayons facilement un gros morceau de poumon, celui-ci est en hépatisation grise, d'une friabilité extrême et présente tous les caractères macroscopiques de la broncho-pneumonie.

Conclusions : Notre malade a succombé de par son *poumon*, de lésion abdominale *pas de trace.* L'opération ne peut donc à notre sens être incriminée.

Examen des pièces. — La vessie paraît notablement augmentée de volume.

Sa forme dans l'état de *distension* est *ovoïde*, présente la même largeur en haut qu'en bas :

Circonférence prise au niveau du sommet........		0,26
— — près de la base...............		0,26
Dimensions verticales.	A. — Face antérieure....	0,22
	B. — Face postérieure.. se décomposant ainsi :	0,26,5
	a. Du cul-de-sac péritonéal supérieur jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin.	0,15
	b. Du cul-de-sac vésico-utérin jusqu'à l'embouchure de l'urèthre......	0,11 1/2
Diamètre vertical de l'ovoïde....................		0,15

Vessie à l'état de vacuité :

Longueur, face antérieure.......................	0,18
— face postérieure......................	0,25
Diamètre transversal...........................	0,06 1/2

étant surtout en cause, ne pouvant agir directement sur elle, l'action à distance nous semble tout à fait indiquée.

L'*hystéropexie* de *propos délibéré* dans des cas *semblables* peut constituer à elle seule le traitement de la cystocèle vaginale.

L'utérus est petit, mesure 0,06 1/2, il existe au niveau de la section du col quatre petits pertuis.

Le vagin est très *épaissi* au niveau de la paroi antérieure, il semble au premier abord qu'elle soit doublée d'une *tumeur* infiltrée en nappe. Capacité vaginale énorme. Dilatation extrême expliquée par le port prolongé d'un pessaire Dumontpallier.

RÉFLEXIONS. — Cette observation montre : 1° que dans le cas de prolapsus anciens il peut se produire, peut être moins rarement qu'on ne le pense, des adhérences compliquant singulièrement l'opération, aggravant le pronostic de l'intervention.

2° Que seule dans certains cas la fixation de la face antérieure de la vessie est insuffisante, la portion prolabée étant surtout la paroi postérieure vésicale sur laquelle il faudrait agir.

CONCLUSIONS. — 1° opérer de bonne heure.

2° Multiplier les moyens de soutien, constituer une véritable *enceinte* adhérentielle en faisant de parti pris : l'*ouro-hystéro-cystopexie.*

3° Association éventuelle d'une élytrorraphie ; cette dernière incapable à elle seule d'amener une guérison durable.

DE LA FORME COUENNEUSE OU PSEUDO-MEMBRANEUSE DE L'INFECTION PUERPÉRALE

Par le Dr **Maurice Péraire**, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous rapportons une observation d'infection puerpérale à forme diphtéritique pour laquelle nous avons fait des examens bactériologiques. Ces faits d'infection à forme diphtéritique ayant été remis en question ces temps derniers, il nous a paru intéressant de publier notre cas.

Ce n'est pas que la production de fausses membranes fibrineuses chez les nouvelles accouchées présentant des accidents fébriles ait été méconnue des anciens cliniciens.

Dans une thèse qui a pour objet la relation d'une épidémie puerpérale survenue à l'hôpital de la Charité de Lyon en 1850, Alexis Chavanne insistait sur l'aspect pseudo-membraneux présenté dans les cas observés :

La muqueuse qui tapisse le vagin était couverte de plaques plus ou moins étendues, de couleur grisâtre, d'apparence pultacée, de forme irrégulière, occupant de préférence les parties ecchymosées, adhérant fortement à la muqueuse sous-jacente et paraissant même faire corps avec elle. Autour de ces plaques et dans les espaces qui les séparaient la muqueuse présentait une rougeur érysipélateuse annonçant que cette membrane ne tarderait pas à être envahie.

L'auteur compare ces productions pseudo-membraneuses à ce que le chirurgien Delpech appelait autrefois pourriture d'hôpital, et que Robert a désigné plus tard sous le nom de diphtérite des plaies (Alexis Chavanne, *Gaz. méd.*, 1852, p. 259).

Hardy et Béhier (1) ont parlé de la forme diphtéritique de la septicémie puerpérale.

« Ces fausses membranes, véritable pourriture d'hôpital à forme diphtéritique, se développent sur la surface utérine dénudée, sur la plaie placentaire, sur le col déchiré, sur le vagin et sur la vulve dénudés, comme sur toutes les plaies, quelles qu'elles soient. M. Louis Blin (Paris, 1857) a observé dans le service de Jobert de Lamballe, le développement de cette même altération chez des femmes opérées de fistules vésico-vaginales, alors que les accouchées du service de M. Horteloup étaient atteintes de la même forme. C'est là, comme on le voit, une variété de pourriture d'hôpital, et non la conséquence de la terminaison d'une phlegmasie. »

Et page 91 : « L'influence épidémique, dont on ne saurait, en certains moments, récuser l'action fatale, est la cause la plus acceptable de la forme diphtéritique à laquelle la contagion par contact direct peut ne pas être étrangère, puisque

(1) Pathol. int., 3. part. I, 1869, p. 87.

la pourriture d'hôpital, dont elle n'est qu'une variété, semble transmissible par ce mécanisme ».

Béhier, dans sa clinique médicale, a insisté sur l'aspect diphtéritique que prend dans certains cas, non seulement la surface interne de l'utérus, mais une partie de l'étendue du vagin (Béhier. Clin. méd., 1864, p. 521 et 654, Paris).

Dans une observation en particulier, la tendance diphtéritique s'accuse, non seulement par l'extension de la diphtérie utérine à la muqueuse du vagin, mais encore par des formations pseudo-membraneuses à l'intérieur des veines latérales de la matrice.

Hervieux a bien observé lui aussi la forme diphtéritique de l'infection puerpérale. Ainsi, il dit que : La diphtérie peut prendre naissance dans l'utérus et s'étendre de haut en bas par voie de continuité à la muqueuse du vagin ; ou bien des éraillures vulvaires ou des déchirures périnéales sont le siège primitif de la formation pseudo-membraneuse, laquelle se propage de bas en haut à une étendue plus ou moins grande de la cavité vaginale.

Donc, deux formes de diphtérie, l'une vulvo-vaginale et l'autre utéro-vaginale. Ces deux formes ne diffèrent en aucune façon. Dans chacune d'elles l'exsudat dont la muqueuse est tapissée consiste en une production d'apparence pseudo-membraneuse, de couleur grise ou gris jaunâtre, de forme irrégulière, relevée sur ses bords à la manière de *certains lichens* (1).

Pendant un certain temps, on a semblé prêter fort peu d'attention à la forme pseudo-membraneuse de la septicémie puerpérale. En 1883, dans sa thèse d'agrégation, M. Maygrier lui consacre quelques lignes à peine.

Elle a été remise en question dans un travail récent, dans la thèse de notre ami Widal (2).

---

(1) HERVIEUX. Mal. puerp., 1870, p. 422.

(2) Étude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle. Th. 1889.

Depuis cette époque rien n'a paru sur ce sujet, si ce n'est la clinique de notre excellent maître le docteur Chantemesse (1). L'auteur consacre à cette forme diphtéroïde de l'infection puerpérale un chapitre à part.

Il dit que les fausses membranes utéro-vaginales ressemblent à s'y méprendre aux fausses membranes de la diphtérie, et insiste sur la gravité d'une pareille lésion.

Quelle est donc la nature de ces fausses membranes, de cette forme diphtéroïde ? Ressortent-elles d'une diphtérie légitime localisée sur les organes génitaux de la femme à la faveur de l'état puerpéral ? Ont-elles quelque analogie avec les fausses membranes qui recouvrent les plaies chirurgicales dans la pourriture d'hôpital, comme l'avaient bien remarqué les anciens observateurs, ou bien sont-elles une des modalités anatomiques de l'infection puerpérale commune causée par le streptocoque ?

Baumgarten ne voit dans cette lésion qu'un accident de la diphtérie ordinaire. Widal et Chantemesse considèrent qu'elle n'appartient pas à la maladie de Bretonneau et de Trousseau.

La forme pseudo-membraneuse de l'infection puerpérale est éminemment contagieuse. Elle peut se transmettre par contagion, en conservant ses caractères.

Il importe donc, comme le dit fort bien Chantemesse, de la soumettre à l'expérimentation sur les animaux en la comparant à la diphtérie vraie, celle qui est suivie de paralysie et qui doit sa cause au bacille de Klebs, ainsi que l'ont démontré, ces temps derniers, les beaux travaux de Roux et Yersin. La question est en ce moment à l'étude.

Épidémique, la forme diphtéroïde de l'infection puerpérale, peut sévir avec une violence inouïe. Exemple l'observation du Dr Lusk de Washington, qui en a vu 150 cas contagionnés à la même source. Widal et Chantemesse en font mention.

(1) *Progrès médical*, 29 mars 1890.

Il s'agit d'une femme ayant eu la syphilis, qui fut prise, après son accouchement, de diphtérie puerpérale. Celle-ci fut le point de départ de l'épidémie dans la maternité où cette malade recevait des soins.

Sur les cent cinquante cas observés, tous avec fausses membranes fibrineuses, vingt-huit femmes moururent.

Dans les autopsies pratiquées pour des lésions septicémiques d'origine puerpérale à forme diphtéroïde, on a trouvé, non seulement les fausses membranes siégeant dans l'utérus et dans le vagin, mais aussi dans la cavité des veines et sur. le péritoine.

Dans notre cas, cette fausse membrane, rampant en quelque sorte sur la vulve, ressemblait cliniquement à certains lichens développés sur l'écorce des arbres. De couleur blanc grisâtre, de forme irrégulière, relevée sur ses bords, elle était entourée d'une sorte de pointillé blanchâtre.

Grattée avec l'ongle, elle se reproduisait au bout d'un certain temps. Le tissu sous-jacent à la fausse membrane était plus rougeâtre qu'à l'état normal.

Plus épaisses et de teinte jaunâtre étaient les fausses membranes développées sur la muqueuse utérine, et ramenées au dehors par le curettage utérin.

Ici, elles n'étaient nullement en contact avec une sécrétion purulente quelle qu'elle soit, comme dans l'observation IX de Widal.

Donc, la fausse membrane peut exister à l'état de pureté. Mais il est des cas où elle se présente en même temps que du pus sur les autres organes.

Widal a montré que dans toutes ces modalités cliniques, le streptocoque pyogène existait toujours.

C'est lui qui occasionne tous les accidents infectieux. Ainsi que l'a dit Chantemesse, la fièvre n'est que la traduction extérieure d'une culture microbienne ; sa date d'apparition et son intensité sont subordonnées aux conditions qui règlent cette germination, au nombre des microbes, à leur nature, à leur virulence.

Cette forme diphtéroïde pseudo-membraneuse de l'infection puerpérale est une preuve nouvelle du polymorphisme des lésions que peut occasionner le streptocoque.

Des faits publiés récemment nous ont appris que des streptocoques peuvent, en dehors des organes génitaux, produire des fausses membranes, et que souvent les fausses membranes fibrineuses qui recouvrent les amygdales des scarlatineux contiennent aussi le streptocoque à l'état de pureté.

Cette démonstration a été bien mise en relief par Louis Guinon (1).

L'auteur insiste longuement sur l'étendue et la variété des pouvoirs pathogènes du streptocoque.

Dans un travail fort bien conçu, fait au laboratoire de M. le professeur Strauss, MM. Bourges et Wurtz sont arrivés tout récemment à des conclusions absolument identiques, d'un réel intérêt au point de vue pratique.

L'agent infectieux, avons-nous dit, est le streptococcus pyogenes, micro-organisme banal, qui cause l'érysipèle, les infections des plaies chirurgicales, la pyohémie des blessés, les infections purulentes secondaires à la scarlatine, la diphtérie, etc. Nous devons insister un peu sur lui. Ainsi, c'est lui que l'on trouve une fois sur 11 dans le mucus vaginal de femmes saines. Tout médecin donnant ses soins en ville ou à la campagne à des malades atteints des affections les plus diverses, s'il n'a pas pris soin de se désinfecter d'une façon toute spéciale, et de désinfecter la femme au préalable, peut être lui-même, sans s'en douter, le porteur de ces streptocoques, et s'exposer à créer un cas de septicémie puerpérale. Dans ce cas l'infection se fait par les mains, par les instruments, par les objets de pansement, par une érosion quelconque de la vulve, ou du col utérin. Ainsi naît dans une ville, dans une maison, si isolée qu'elle soit, un cas d'infection puerpérale soudaine qui peut devenir le foyer d'une véritable épidémie.

---

(1) *Revue des maladies de l'enfance*, 1889.

Comme l'a dit avec raison notre collègue et ami H. Varnier (1), le streptocoque pyogène est partout, à la campagne aussi bien qu'à la ville, et des faits presque quotidiens sont là pour prouver la fausseté de cette assertion, si souvent répétée encore à l'heure actuelle, que si l'antisepsie a sa raison d'être dans les services hospitaliers, elle est superflue dans la pratique courante, particulièrement à la campagne.

L'agent infectieux,le streptococcus pyogenes, se présente sous forme de grains ou microcoques juxtaposés au nombre de 3, 4, 5, et même 10 pour former des chaînettes sinueuses, parfois réunis 2 à 2, parfois enfin isolés.

On le reconnaît dans les préparations (lochies, pus péritonéal, muqueuse et vaisseaux de l'utérus, etc.) grâce à son affinité pour les couleurs d'aniline.

Il se développe bien à une température de 30 à 35° dans et sur la gélatine, dans la gélose, dans le bouillon. Son activité se perd rapidement par la dessiccation. Le séjour d'une culture pendant 10 minutes à la température de 80° suffit pour la stériliser (Widal).

Petite et grande puerpéralité, formes qui guérissent et formes qui tuent, avec ou sans suppuration, sont produites par ce même micro-organisme (Varnier).

Les effets sur l'organisme de l'agent infectieux dépendent de la quantité des germes infectants, du terrain sur lequel ils évoluent, de leur virulence, de leur voie de pénétration.

L'affection devra donc être considérée comme plus grave si elle se déclare chez une femme débilitée, soit par une maladie antérieure, soit par une violente hémorrhagie, soit par un travail d'accouchement très pénible et très prolongé.

La question de terrain crée donc pour l'agent infectieux un centre de culture plus ou moins favorable à son évolution.

(1) *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, n° 14, février 1889, p. 39.

Voici une observation de la forme couenneuse ou pseudo-membraneuse de l'infection puerpérale.

Nous avons eu l'occasion de la recueillir au moment où la femme était en plein frisson, dans toute l'évolution de sa septicémie.

Les renseignements concernant le début de celle-ci nous ont été fournis par le Dr Vidal, médecin traitant.

Accouchement à terme. — Infection puerpérale à forme diphtérique. — Curettage utérin. — Mort seize jours après l'accouchement, soit 14 jours après le début de l'infection. — Fausses membranes fibrineuses à la vulve, au vagin, à l'utérus. — Streptocoques sur les coupes utérines.

Mme M..., de Grasse, 28 ans, est de bonne santé habituelle. Tristesse fréquente depuis la perte d'un enfant de 1 an, mort du croup dans l'année 1888. Le 31 mai 1889, à minuit, après un travail de quelques heures, naissance d'une fille pesant plus de 4 kilog. La grossesse avait été parfaitement supportée par la malade. Toutes les fonctions s'exécutent bien. Pas d'albumine dans les urines.

Délivrance un peu retardée. Au bout de 3/4 d'heure d'attente, le placenta était aux 3/4 dans le vagin; il est retiré après introduction de la main, et extrait méthodiquement, les membranes roulées en corde. Examiné avec le plus grand soin le gâteau cotylédonien est reconnu intact. Les caillots sont retirés du vagin, on n'y trouve aucun débris de membranes.

La journée du 1er juin se passe bien, sauf un peu de difficulté le matin pour uriner, qui cependant est vaincue sans cathétérisme.

Le 2, à midi, tout allait très bien, frisson de moyenne intensité.

Le soir. Temp. 39°,5. Pouls, 90.

Sulfate de quinine, 70 centigr.

Le 3. Midi et quart. Frisson violent. Chaleur et sueur; à 7 h. pouls 90°, peau fraîche.

Avait pris à 9 heures, 30 centig. sulfate de quinine; a pris à 10 h. 1/2, 70 centig. de sulfate de quinine.

Le 4. A pris dans la nuit 60 centig. Matin : Temp. 38°. Pouls 90. Lochies un peu grisâtres sans odeur fétide. Aucun point douloureux dans le ventre à la pression. Peu de sommeil la nuit. État calme ce matin; purgatif, 30 gr. sulfate de magnésie.

Soir, plusieurs selles liquides dans la journée, une partie du purgatif a été rendue. Lochies semblables. Montée légère du lait. Pouls, 100. Soir : Temp. 39°,2. Langue blanche.

Rien absolument de particulier du côté du ventre. Les suites de couches paraissent suivre leur cours normal; 60 cent. sulfate de quinine le soir.

Le 5. Nuit sans sommeil, mais calme. 3 selles liquides infectes. Lochies normales. Ventre souple absolument indolore. Pas de phlébite des membres, Pouls à 84. Temp. 38°,2.

60 centig. de sulfate de quinine. Temp. 39°,2.

Pas de selles depuis ce matin, le bouillon et l'eau vineuse ont été supportés.

Le 6. Nuit avec un peu de sommeil grâce à une potion au chloral.

Le matin, 15 gr. de sulfate de magnésie avec un demi-verre d'eau d'Hunyadi-Janos. Pouls, 84. La journée se passe très bien. Plusieurs selles liquides. Ventre souple, non douloureux. La malade cause volontiers, sans fatigue. Lochies peu abondantes, séro-muqueuses, sans odeur. Le soir un peu d'élévation de la température. Sulfate de quinine, 60 centigr.

Le 7. Dans la nuit, redoublement de fièvre très accentué. On donne le matin deux lavements selles muqueuses. Rien à signaler dans aucun organe. Le matin, pouls 90, temp. 39°,5. Toutes les trois heures, prendre un granule d'aconitine. A midi, encore une selle muqueuse. A l'examen des parties génitales, on trouve le vagin chaud et humide, le col très haut, effacé, fermé. Le doigt retiré du vagin n'avait pas la moindre odeur. Les linges sont tachés de lochies peu abondantes, sans odeur. La température à midi est de 38°,5. Sulfate de quinine, 60 centigr., trois granules d'aconitine, 5 centigr. de santonine; deux selles fétides.

Pouls, 88 ; temp., 39°,2.

Le 8. Dès le matin, pouls 100, temp. 40°. Nuit agitée, chaleur considérable. Vomissements bilieux. Ventre légèrement météorisé Urines chargées. Lochies normales.

Potion avec extrait de quinquina, 4 gr. Bouillon. Lavement. Injection. Friction sur le ventre avec de l'huile de camomille. A midi temp., 39°,5. Pouls, 96. On continue les granules d'aconitine. A deux heures. Pouls, 82, temp., 38°,5. Sulfate de quinine, 60 centigr. A 3 heures 1/2, vermifuge. On garde les urines pour les examiner. A 6 heures du soir, consultation avec le Dr Comballat, chirurgien

des hôpitaux de Marseille. La temp. 39°,2. On conseille des injections intra-utérines. On donne 60 centigr. de sulfate de quinine et une piqûre de morphine.

Le 9. Nuit assez calme. Matin, temp. 40°,2. Pouls petit. Injection vaginale. A 3 heures temp., 40°. Sulfate de quinine, 30 centigr. A 4 heures injection intra-utérine, lotions boriquées, tampon à l'iodoforme. Pendant l'introduction du doigt conducteur de la canule au col, douleur vive, à ce que dit la malade, existant au refoulement du périnée et même à l'entrée du vagin. L'application du doigt sur le col est douloureuse aussi. Le col est extrêmement haut, difficile à atteindre. Rien d'anormal dans les culs-de-sac.

Les parois vaginales ne peuvent être examinées à cause de l'agacement dans lequel se trouve le malade. Cependant l'injection intra-utérine est faite, et n'amène que quelques petites glaires jaunâtres absolument normales au 9e jour.

A 9 heures. 30 c. de sulfate de quinine.

A 10 heures. T. 39°,6. Une piqûre de morphine.

Le 10. Nuit bonne, sommeil calme et naturel. T. 37°,8. On continue le sulfate de quinine et le quinquina. Injections vaginales. Bouillons. A midi, 37°,7. Pouls, 70.

A 6 heures T. 38°,9. P. 84.

Injection intra-utérine faite sur le bord du lit. Rougeur et grande sensibilité de la muqueuse vaginale, près de l'entrée du vagin. Rien de douloureux sur le col ni dans les culs-de-sac. L'introduction de la sonde est facile à travers un orifice qui se ferme de plus en plus. Lochies blanchâtres, peu abondantes, sans odeur. Un peu de douleur à la face antérieure des cuisses.

Le 10. A 10 heures du soir, pouls, 72, T. 38°,2. Une piqûre de morphine. Urines abondantes, et limpides. Pas de réaction albumineuse. Calme très satisfaisant. Bouillons et grogs.

Le 11. A 8 heures, p. 66. T. 37°.

A 10 heures, frisson long, sans claquement des dents, mais avec prostration des forces, concentration et petitesse du pouls, sans fréquence.

A midi, réaction intense, pouls 94, T. 40°,4. A 3 heures, pouls 82°, T. 40°,4. On continue toujours le quinquina et le sulfate de quinine à la dose de 1 gr. 20 par jour. Toutes les fonctions s'accomplissent bien. Rien à noter de particulier si ce n'est un peu de douleur le long de la partie antérieure des cuisses. Pas de cordon induré dans

les saphènes. Les lochies sont toujours peu abondantes, jaunâtres, absolument sans odeur. A 8 heures, injection intra-utérine.

La fin de l'observation est continuée par nous.

Arrivée à Grasse mardi 5 h. 11 juin. Nous trouvons la malade agitée. Pâleur de la face, frissons violents. Vomissement bilieux. Temp., 40°,9. Langue sèche, selles fétides. Courbature générale. Pouls, 120.

On ordonne : naphtol et charbon, 1 gr. à prendre en 4 fois et 2 lavements boriqués par jour. Injection intra-utérine de sublimé à 1/2000. Compresses vulvaires. Sublimé.

Le 12. Nuit plus calme que la veille, même traitement; champagne, lait, 1 œuf à midi. La chemise est souillée par du liquide purulent, inodore.

2 injections intra-utérines de sublimé à 1/2000.

Le liquide qui ressort ne présente pas de fétidité, quelques débris de membrane jaunâtre.

Les selles conservent encore une odeur fétide.

La température est de 38°,8. Pouls, 89°.

Le 13. Nuit bonne.

Température, 37°,8. Pouls, 80.

Langue toujours un peu sèche.

1 selle dans la nuit, moins fétide que d'habitude; même traitement. Les urines examinées contiennent du sucre. Les injections intra-utérines font sortir quelques débris membraneux jaunâtres inodores.

Le soir, temp., 38°,1 ; pouls, 92.

Même traitement.

La malade est chloroformisée le 14 juin à 9 h. du matin. Curettage utérin, pratiqué par le Dr Terrier, après toutes les précautions antiseptiques habituelles. Il existe une couenne grisâtre qui tapisse tout l'utérus et qui est enlevée par débris. Fausse membrane d'un blanc jaunâtre sur la muqueuse vaginale. On la détache avec l'ongle. Tampons vaginaux iodoformés.

Dans l'après-midi, frisson violent suivi de quelques petits frissonnements. Puis transpiration abondante. Temp., 40°, pouls, 100. Du vendredi au samedi, nuit mauvaise.

Insomnie. Faciès grippé. Langue sèche. Six vomissements, deux selles diarrhéiques.

Douleurs abdominales vives.

Pression sur les trompes et les ovaires insupportable.

Anhélation, peau sèche. Temp. 40°,9. Pouls, 120. Pouls fuyant. devenant filiforme par moments.

On continue injections de bromhydrate de quinine.

On fait lavages intra-utérins au sublimé à 1/2000. On retire un tampon vaginal.

1 lavement boriqué. Cognac à hautes doses. Naphtol; gaz rendus amènent léger soulagement; vomissements.

Le 15, matin. Temp. 39°,2. Pouls, 110. Pouls meilleur. Plus d'anxiété respiratoire, ventre souple.

Une selle diarrhéique moins fétide. Même traitement, lait. On retire tous les tampons vaginaux.

Vomissements incessants. Gaz rendus sans sonde. Miction naturelle.

Température, 39°.

Pouls, 130. Faciès grippé. Langue sèche. Selles fréquentes, diarrhéiques, moins fétides. Lavage intra-utérin toutes les 2 heures.

On donne une injection de morphine de 1/2 centigr.

Lavement de peptones.

Il existe à la région vulvaire sur les 2 grandes lèvres une fausse membrane jaunâtre se prolongeant dans le vagin et se détachant difficilement.

Le 16. Nuit mauvaise, agitation, vomissements fréquents, peau sèche. On donne un lavement de peptone qui n'est pas gardé. Évacuations inconscientes. Le matin, face pâle, traits tirés. Dépression absolue. Mains froides. On fait plusieurs injections d'éther. Subdelirium. Mort à midi.

A l'examen des débris de muqueuse, et de caillots enlevés, nous trouvons des chaînettes très nettement distinctes. Ces micro-organismes sont en plus petit nombre dans les fausses membranes. Ils paraissent être semblables à ceux que notre ami Widal nous avait fait voir dans des coupes d'utérus de femmes mortes d'accidents septicémiques puerpéraux, et désignés sous le nom de streptocoques pyogènes.

Pour obtenir des cultures pures de micro-organismes, il nous restait à faire des cultures avec les fausses membranes, les caillots et le sang; mais nous n'avions pas à Grasse de bouillon ni de gélose à notre disposition, à notre grand regret.

Sans doute, le sang du cœur, le poumon, le foie, la rate, les reins ensemencés sur bouillon d'agar nous auraient donné des cultures de streptocoques, montrant qu'ainsi on avait en réalité affaire à une infection généralisée.

Quels sont donc les procédés dont nous disposons aujourd'hui pour empêcher la production de cette forme maligne de la septicémie puerpérale ?

Quels sont les moyens qui peuvent arrêter l'évolution de celle-ci, une fois déclarée ?

Nous les diviserons en : 1° Précautions prises pendant la grossesse ; 2° avant, pendant et après l'accouchement ; 3° au moment des accidents d'infection puerpérale.

1° Précautions prises pendant la grossesse.

Ce sont surtout des soins de propreté pratiqués matin et soir.

Avec les précautions d'asepsie la plus rigoureuse, on évitera bien des accidents imputables le plus souvent soit au milieu dans lequel l'accouchée se trouve, aux germes atmosphériques, à l'état général auquel on faisait jouer un si grand rôle autrefois, et qui en province est loin de perdre du terrain.

Toute femme enceinte doit, dès le début de sa grossesse, pratiquer matin et soir des injections d'eau tiède. Chaque injection, d'un litre chacune, sera faite lentement, sans que le jet soit brusque.

Dans chaque injection on mettra, étant donné que la cavité vaginale est un milieu essentiellement infecté, un verre à madère de la solution au biiodure de mercure à 1 pour 1000.

Ces injections vaginales doivent être pratiquées au moyen d'un récipient de verre auquel on adapte un tube de longueur moyenne, muni d'une canule en verre.

Un tampon d'ouate hydrophile, ou d'ouate boriquée ou salolisée, est ensuite placé en permanence à la vulve préalablement lavée au savon et à l'eau chaude.

La canule en verre doit être conservée dans un bocal de verre fermé hermétiquement et rempli d'eau boriquée, ou

de la solution au biiodure d'hydrargyre, et le récipient doit être placé à l'abri de la poussière.

Il est nécessaire que la femme enceinte prenne de grands bains (deux fois par semaine en moyenne) pourvu que ceux-ci ne soient pas trop chauds et que la femme n'y reste pas plus de vingt minutes.

Ces précautions qui peuvent paraître puériles et sur lesquelles nous insistons à dessein sont de la plus grande importance.

Ce sont elles qui assureront l'innocuité des manœuvres que l'on pourrait avoir à pratiquer au moment de l'accouchement.

Ce sont elles qui empêcheront la femme d'être prise de frissons, d'avoir une température élevée, prélude d'une infection certaine, et l'enfant qui va naître d'avoir ces ophtalmies soi-disant toujours blennorrhagiques, et qui souvent sont purement d'origique leucorrhéique.

C'est le premier acte à accomplir avant toute intervention.

2° Avant l'accouchement, au moment où la femme est prise des douleurs, on doit, avant de pratiquer le toucher vaginal, se laver les mains et les avant-bras, les brosser le plus soigneusement possible, ainsi que les ongles ; et les tremper dans une solution phéniquée à 2 0/0 ou dans une solution de sublimé à 1 pour 1000. De cette façon, l'accoucheur sera mis en garde contre les risques qu'il pourrait courir d'être un agent de transport de germes infectieux.

Le toucher vaginal sera précédé d'une injection antiseptique.

Mais auparavant il faut faire une toilette complète du canal génital faite au moyen d'un tampon d'ouate antiseptique trempé dans une solution de biiodure à 1/2000.

Cette solution est placée entre les jambes de la femme immédiatement au-devant d'un bassin vide.

Ne jamais se servir des éponges difficiles à stériliser.

Au moyen de l'ouate ainsi imbibée, faire un lavage soigneux des poils, des plis inguinaux, de la région ano-périnéale, des grandes et des petites lèvres.

Le doigt devra être graissé préalablement, tout humide encore de la solution désinfectante, dans une pommade contenant un centigramme de bichlorure de mercure pour 30 gr. de vaseline blanche, ou bien 50 gr. de vaseline pour un gramme d'acide phénique. Les pommades doivent remplacer dans tout examen et toute intervention instrumentale l'huile, la graisse et le beurre dont malheureusement on se sert encore souvent.

Après l'accouchement, si les membranes sont intactes, irrigation vaginale antiseptique.

En faire deux par jour toujours très chaudes ; et tampon d'ouate salolisée ou iodoformée placé en permanence à la vulve.

L'Académie ayant reconnu l'utilité de permettre aux sages-femmes l'emploi d'un antiseptique, vient d'adopter la formule suivante.

Sublimé..........................	0,25 centigr.
Acide tartrique pulvérisé..........	1 gramme.
Solution alcoolisée de carmin d'indigo sec à 5 0/0..................	1 goutte.

Mêlez et pulvérisez pour un paquet.

Chaque paquet doit être placé dans un litre d'eau bouillie, pour servir aux irrigations vaginales.

Si des manœuvres ont été nécessaires, par suite de rétention du placenta, s'il y a eu intervention par le forceps, etc., mêmes précautions antiseptiques que pour le toucher vaginal simple.

Le deuxième acte est terminé ; et tout doit marcher normalement sans hémorrhagies, sans fétidité des lochies, sans frisson, sans fièvre.

3° Rappelons-nous que l'accouchée en tant que blessée est exposée à tous les accidents infectieux qui peuvent compliquer les plaies : Fièvre traumatique, septicémie aiguë, septicémie chronique, infection purulente.

Ce sont des degrés divers de l'infection puerpérale.

Si l'infection est déclarée avec tout son cortège symptomatique sur lequel nous n'avons pas à insister ici, il faut multiplier les injections vaginales; donner des injections intra-utérines; donner matin et soir un lavement boriqué à la malade; donner du sulfate de quinine, des toniques, et désinfecter son intestin au moyen du charbon et du naphtol β; ou au moyen du salol et du charbon mélangé.

Un gramme de ces substances à prendre en quatre fois chaque jour.

Il faut tâcher de débarrasser l'économie des produits infectieux déjà introduits.

Si l'amélioration ne s'effectue pas dans les 24 heures, alors inutile de tergiverser.

Il faut avoir recours de suite au curettage utérin.

En effet, l'action des irrigations n'est que superficielle.

Que peuvent-elles contre la couenne grisâtre tapissant toute la cavité utérine dans les cas de septicémie puerpérale, contre cette matière putrilagineuse rougeâtre qu'on a comparée à de la boue splénique, et que l'on trouve à l'examen d'utérus de femmes mortes de cette affection?

Chartier a pu observer que le résultat avait été négatif chez des femmes traitées par des irrigations soit intermittentes, soit continues.

Il faut avoir recours de suite au curettage utérin, avons-nous dit.

Nous ne décrirons pas le procédé opératoire. Nous renverrons pour la description à notre thèse où la question est résumée (1).

Les résultats opératoires, au dire de Chartier, ont toujours été merveilleux. Ainsi il cite un certain nombre d'observations instructives.

Donc il faut intervenir, et intervenir le plus tôt possible, avant que la dose de poison absorbée par la malade ait été trop forte, pour lui permettre de réagir d'une façon favorable, efficace.

(1) Th. de Péraire. *Endométrites infectieuses*, 1889.

Il faut que les précautions antiseptiques soient prises pendant les jours qui suivent, comme pendant ceux qui précèdent l'opération.

Sans cela on s'expose à voir survenir des phénomènes de réinfection.

Le curettage utérin est seul capable de détacher les débris placentaires de l'utérus, d'empêcher la formation de la pseudo-membrane diphtéritique, d'abaisser la température.

Lorsqu'une péritonite s'est déclarée et s'est généralisée, ou que l'infection de l'économie tout entière s'est faite par l'absorption du poison à hautes doses, il y a peu de chose à espérer de l'intervention opératoire, pas plus que de toute autre médication.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 8 mai 1890.

Présentations. — DOLÉRIS. **Utérus renfermant un fibrome interstitiel,** tumeur constatée pendant la grossesse. L'hystérectomie fut faite 3 mois après l'accouchement. Le tissu du fibrome, rougeâtre, tranche par sa coloration sur le tissu de l'utérus, plus pâle; c'est la seule tumeur, parmi celles que Doléris a eu l'occasion d'observer, qui paraît n'avoir subi aucune modification du fait de la grossesse.

Discussion: GUENIOT a déjà signalé cette absence de modifications chez certains fibromes : en général, ces tumeurs sont d'origine récente. Ce sont les fibromes anciens qui se modifient. Quant à la différence de coloration qui existe dans le cas actuel, elle est sans doute la conséquence d'une régression moins rapide pour le tissu fibreux que pour le tissu utérin.

PAJOT. **Enfant appartenant au genre ectromèle.** — Il est âgé de quelques mois, du sexe masculin. Abstraction faite de l'avortement plus ou moins complet des membres (membre supérieur droit complètement développé ; membre supérieur gauche représenté par

le bras, sur le moignon duquel on distingue un vestige de doigt, membres inférieurs représentés seulement par de petits vestiges de pieds), il présente un embonpoint remarquable.

BUDIN. *a*) Aquarelle et dessin, reproduisant un **pseudencéphale. genre thlipsencéphale** ; monstre né dans le service de la Charité. La présentation est complétée par une description anatomique très détaillée. Au cours de l'accouchement, on put nettement percevoir, en introduisant un doigt entre l'utérus et les membranes, l'existence de battements. Et comme il fut possible de s'assurer qu'ils ne se formaient ni dans le cordon ni dans des vaisseaux anormalement développés sur les membranes, l'hypothèse d'un pseudencéphale, déjà éveillée par l'existence d'une hydramnios et d'une mobilité insolite du fœtus, prit plus de consistance. Le fœtus pesait à sa naissance 1,180 gr. et mesurait 33 cent.

b) Dessins représentant une **tumeur sacro-coccygienne cause de dystocie**. Cette tumeur, située dans la région sacro-coccygienne, était constituée par deux masses, l'une plus médiane, l'autre occupant la région fessière du côté droit et se prolongeant jusqu'au grand trochanter. Cette tumeur avait retardé l'expulsion de l'enfant qui, du sexe féminin, pesait 3,000 gr. Au cours de l'accouchement la masse médiane se rompit et depuis elle était le siège d'une hémorrhagie, sinon considérable, du moins continue. Le 11 juillet, c'est-à-dire 2 jours après l'accouchement, M. Segond procède, la main forcée, à l'extirpation de la tumeur. Malgré tous les soins, l'enfant succombe le 15 juillet, emporté par une diarrhée incoercible. L'examen nécropsique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur polykystique située immédiatement entre le coccyx et l'anus et ayant pris naissance sur les plans fibreux profonds. A la surface interne de cette tumeur, existaient de petits kystes transparents.

c) **Grossesse gémellaire. Deux fœtus superposés. Examen de l'arrière-faix, opinions exprimées autrefois par Levret.** — Au neuvième mois de la grossesse, chez une femme enceinte pour la 1re fois, et malgré les difficultés spéciales du palper, l'auteur diagnostiqua une grossesse gémellaire et reconnut formellement qu'un des fœtus était situé transversalement, et au-dessus de l'autre enfant. En raison des longueurs de l'accouchement, de l'état particulièrement nerveux de la parturiente, et du peu de progression de la partie fœtale qui se présentait (extrémité pelvienne), le chloroforme fut donné jusqu'à anesthésie ; puis, la femme étant endormie, les pieds du

1er enfant furent saisis, abaissés, et l'extraction réalisée assez aisément. L'utérus s'étant contracté fortement, le second enfant, par un mouvement de bascule, vint se placer également en présentation pelvienne. Une seconde poche des eaux s'étant formée, on la rompt et on procède à l'extraction du deuxième enfant; durant la rupture de la poche « *le doigt sent se déchirer des membranes qui glissent sur d'autres situées au-dessus : l'amnios et le chorion de l'œuf qui a contenu le premier fœtus se déchirent d'abord, il faut ensuite traverser le chorion et l'amnios du second œuf* ». L'extraction de l'enfant fut aisée : deux enfants vivants, suites de couches normales.

L'arrière-faix paraissait extérieurement n'avoir qu'une poche; en réalité il existait deux placentas et deux poches, celles-ci séparées par une cloison interne, constituée par 4 membranes, chorion et amnios du 1er œuf, chorion et amnios du 2e œuf. Cette disposition particulière des deux œufs confirmait la constatation faite, pendant la grossesse, de la situation relative des deux enfants.

En 1882, l'auteur avait déjà insisté sur les différences qui peuvent se rencontrer dans la situation relative des enfants dans les grossesses gémellaires (fœtus placé côte à côte, un fœtus en avant, un fœtus en arrière, un fœtus situé au-dessus de l'autre), et il pensait avoir été le premier à attirer l'attention sur ce point spécial. Or, depuis il a trouvé que Levret avait indiqué ces variétés de rapports réciproques des deux fœtus dans un livre qu'il dit peu connu : « *Essai sur l'abus des règles générales et contre les préjugés qui s'opposent aux progrès de l'art des accouchements* ».

LOVIOT. 1) **Polype du rectum, ligature suivie d'excision immédiatement après l'accouchement.** — C'est au cours d'une application de forceps, nécessitée par l'état d'épuisement de la parturiente et par un accouchement laborieux, en raison en partie du gros volume de l'enfant, au moment où la tête fœtale arrivait sur le périnée, que cette tumeur fit saillie à travers l'anus. La parturiente déclara qu'elle avait constaté cette tumeur 6 années auparavant, qu'elle augmentait de volume chaque fois qu'il existait de la constipation, qu'à l'occasion des selles elle donnait lieu à des douleurs et à une très petite perte de sang, qu'elle sortait et qu'il fallait chaque fois la réduire. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un **fibro-myxome.**

Suit une revue rétrospective sur les polypes du rectum.

2) **Chute tardive du cordon ombilical.** — Le fait a été observé sur un enfant né environ 3 semaines avant terme. Le cordon ne se détacha que le 15e jour. Le pansement, à sec, avait été fait avec de l'ouate boriquée. Bien que né avant terme, l'enfant se développait, néanmoins, très bien.

3) **Albuminurie chez une multipare.** — Loviot fut appelé la femme étant déjà en travail. La sage-femme craignait une présentation de l'épaule, il s'agissait en réalité d'une présentation pelvienne. La parturiente avait la face bouffie, les membres œdématiés et l'examen de l'urine avait décelé une forte proportion d'albumine. Dans les grossesses antérieures, la femme n'avait jamais présenté d'anasarque. La dilatation étant complète, l'auteur rompit les membranes, saisit les pieds et procéda à l'extraction de l'enfant, qui fut aisée. Délivrance spontanée. Hémorrhagie assez notable, qui nécessita deux injections intra-utérines chaudes (45-48°) et l'administration d'ergotine Yvon. L'auteur a voulu affirmer une fois de plus la *nécessité qu'il y a d'examiner, à plusieurs reprises, l'urine de toutes les femmes enceintes, qu'elles soient primipares ou multipares, qu'elles présentent ou non des signes prémonitoires de l'albuminurie;*

4) **Ictère et grossesse; mort du fœtus.** — Une femme de 21 ans, primipare, présente dès le 6e mois de sa grossesse une albuminurie légère. Cette albuminurie est-elle antérieure ou consécutive à la grossesse, la question reste indécise. A ce moment, on constate nettement les doubles battements fœtaux. Huit jours environ avant le terme, la femme est prise d'ictère. A un nouvel examen, on ne perçoit plus les bruits du cœur de l'enfant et la femme ne sent plus remuer depuis quelques jours, Accouchement à terme, et expulsion d'un enfant mort depuis une quinzaine de jours et macéré. Malgré le régime lacté absolu, l'albuminurie avait persisté dans la proportion de 30 à 50 cent. gr. par litre. Une 2e grossesse survient qui, malgré l'albuminurie persistante, se termine à terme par la naissance d'un enfant bien développé.

L'auteur rapporte la mort du premier enfant à l'ictère, qui lui paraît devoir être, dans le cas actuel, considéré comme un processus aigu, indépendant de l'albuminurie.

R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 14 mars 1890.

Présentations : HOFMEIER. **Salpingite suppurée.** — La pièce provient d'une femme, âgée de 25 ans, entrée à l'hôpital, le 5e jour après le début d'accidents graves de péritonite généralisée. La mort survint au milieu de symptômes de parésie cardiaque. A l'autopsie, on ne trouva comme cause de la péritonite mortelle, qu'une salpingite suppurée de la trompe gauche, qui était sacciforme, remplie de pus, et dont l'orifice abdominal s'ouvrait largement dans le péritoine. Cette femme avait quelques mois auparavant éprouvé des douleurs abdominales qu'on avait dénommées « fièvre gastrique » ; il est probable qu'il s'agissait de phénomènes liés à la suppuration de la trompe. L'auteur insiste sur l'importance qu'il y a à dépister ces affections, et à intervenir à temps et par une opération énergique.

VEIT. **Kyste dermoïde de l'ovaire droit**, avec dégénérescence cancéreuse de la paroi. — A gauche, les annexes manquaient complètement. A leur place, mais sans connexion aucune avec les organes génitaux, existait un kyste dermoïde, très adhérent à l'épiploon (probablement kyste ovarique séparé par torsion du pédicule).

DUHRSSEN. — **Quelques nouveaux cas d'incisions profondes du col et d'incisions vagino-périnéales en obstétrique** (1).

1) ... Ipare, 28 ans, présentation du siège. Orifice vaginal si étroit qu'il était impossible d'introduire la main. Après qu'on eut pratiqué à droite une incision périnéo-vaginale la même manœuvre devint aisée. On put alors abaisser un pied et extraire un enfant qui vint en état d'asphyxie, mais qui fut ranimé. Durant les suites de couches, et sous l'influence de causes mécaniques, la suture primitive céda ; suture secondaire pratiquée le 8e jour, guérison.

2) ... 23 ans, Ipare. Éclampsie (9 accès), orifice externe ne permettant l'introduction que d'un doigt. Tête au détroit supérieur. 6 incisions cervicales prolongées jusqu'aux insertions du vagin. Abaissement de la tête dans le bassin. L'extrémité céphalique, saisie avec le forceps, est ensuite amenée facilement sur le plancher

(1) Travail communiqué à la séance du 27 février 1890.

pelvien et extraite, après une incision superficielle pratiquée sur l'orifice vulvaire.

3) ... 37 ans, Ipare ; bassin généralement rétréci, vagin extrêmement étroit et rigide. Tête au détroit supérieur, l'orifice externe forme un bourrelet de l'épaisseur du doigt, ralentissement des doubles battements fœtaux. 2 incisions cervicales, une à gauche, l'autre en arrière ; à droite incision périnéo-vaginale. Après prolongement répété de cette dernière, extraction assez aisée, au moyen du forceps, d'un enfant déjà asphyxié. Comme conséquence d'un processus de putréfaction, installé *in utero* déjà avant l'accouchement, fièvre de résorption durant les suites de couches ; légère paramétrite gauche, et apparition d'un phlegmon dans le tissu cellulaire sous-muqueux de la voûte du vagin, en relation étiologique avec une déchirure vaginale encore existante à ce niveau et une eschare périnéale, superficielle. Après suppuration et ouverture spontanée de l'abcès, et suture de la déchirure pratiquée le 20e jour, guérison définitive.

4) ... 38 ans, Ipare, tête profondément engagée, en position transversale. Affaiblissement des doubles battements fœtaux. Après une incision périnéo-vaginale, faite à droite, l'extraction de la tête avec le forceps, tentée antérieurement sans succès, fut réalisée aisément. Réunion de l'incision par première intention.

Dans le premier cas, l'accouchement eût été impossible si l'on n'avait pas fait d'incisions, l'enfant eût sûrement succombé. Le deuxième cas confirme cette opinion personnelle à l'auteur, qu'il est possible, à la faveur des incisions profondes du col, de terminer facilement un accouchement presque au début, condition essentielle quand il s'agit d'éclampsie ! Le troisième fait vient donner raison à cette autre thèse, également soutenue par Dührssen, que, dans le cas de bassin généralement rétréci, les difficultés de l'extraction à l'aide du forceps dépendent surtout de l'étroitesse et de la rigidité du vagin, conditions fâcheuses qui, d'après l'auteur, compliqueraient toujours la variété de sténose en question. Enfin, dans le quatrième cas, il est probable que le forceps, sans incisions préalables, eût produit des déchirures et des attritions graves des tissus maternels ; l'enfant aurait presque sûrement succombé.

Dans les quatre cas, mères et enfants ont été sauvés. Ces résultats démontrent que les craintes qu'on a émises au sujet de

la pratique de ces incisions ne sont pas fondées. L'hémorrhagie produite par les incisions du col est insignifiante; et celle qui peut résulter des incisions périnéo-vaginales est facilement arrêtée. Quant aux dangers d'une infection septique, il suffit d'une antisepsie rigoureuse pour les supprimer. Enfin, on peut prévenir le développement d'une infection secondaire, qui à défaut de précautions préventives pourrait, comme dans l'observation 3, succéder à un processus de putréfaction installé dans l'utérus, en pratiquant le tamponnement utéro-vaginal avec de la gaze iodoformée.

Discussion : Le travail de Dührssen a donné lieu à une longue et très intéressante discussion. D'une manière générale, les orateurs qui y ont pris part se sont formellement prononcés contre la pratique défendue par l'auteur. Néanmoins, Gusserow et Olshausen, tout en formulant de grandes réserves, ont reconnu qu'elle pouvait être très utilement appliquée dans certains cas. Dührssen a fait à ses contradicteurs une réponse d'ensemble et très vigoureuse, et, en particulier, il a déclaré qu'à son avis « *l'obstétrique est trop conservatrice* », qu'elle n'a pas encore mis suffisamment à profit les avantages de la méthode antiseptique, qui permet cependant d'élargir la thérapeutique obstétricale au grand bénéfice de la mère et de l'enfant. (Lire, dans le texte, cette discussion) (1).

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

TUMEURS DE L'OVAIRE

Contribution à l'histoire du tératome de l'ovaire. (Zur Casuistik der Teratome des Ovarium.) KRAMER. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 1, p. 124.

Il n'a été publié que deux autres observations de tératome de l'ovaire (Marchand, Coats et Beatson). La tumeur qui a trait à l'observation actuelle fut enlevée par Olshausen sur une femme, nullipare, âgée de 20 ans. Réglée à 17 ans, sa menstruation était restée régulière jusqu'à peu de temps avant l'opération, et ne s'était

(1) *Cent. f. gyn.*, 1890, n° 6, p. 285.

pas montrée depuis 2 mois. A cette suppression de règles, s'ajoutaient de l'augmentation d'abord lente, puis rapide, du volume du ventre, des malaises divers, anorexie, douleurs gastriques, sacrées, de la dyspnée, etc. La laparotomie donna issue à environ 6 litres d'un liquide ascitique, séreux, clair, et permit d'extraire une tumeur, longuement pédiculée, de l'ovaire droit, du poids de 2,800 gr., du volume d'un utérus à 8 mois de grossesse, de consistance molle, à surface lisse, sur laquelle proéminaient quelques kystes fluctuants. Elle était entourée d'une capsule dure, fibreuse, en grande partie solide, et séparée par des cloisons fibreuses en des lobes inégaux. Microscopiquement, elle était composée d'éléments anatomiques divers : tissu connectif jeune, riche en éléments cellulaires, rappelant la structure du sarcome ; foyers disséminés, formés par du tissu cartilagineux jeune ; tissu osseux, graisse, fibres musculaires lisses. Il ne fut pas trouvé de nerfs ni des muscles striés.

6 semaines après l'opération, on pouvait déjà constater dans le petit bassin la présence d'une tumeur, de la grosseur d'un œuf. D'autre part, l'ascite se reforma très rapidement, au point que la ponction dut être renouvelée environ tous les 20 jours. Il fut, en totalité, retiré près de 70 litres de liquide, tantôt limpide, tantôt sanguinolent. *Mort*, 11 mois après l'intervention.

Au point de vue de son origine, le tératome mérite d'être rangé parmi les tumeurs dermoïdes, et, sous le rapport de son évolution clinique, parmi les néoplasmes les plus malins.

R. L.

Kystes dermoïdes de l'ovaire, par Thibaudet. *Journal des sciences médicales*. Lille, janvier 1890, p. 36.

L'auteur attire l'attention sur les trois points suivants : 1° la structure complexe des deux kystes ; 2° la fréquence de la suppuration ; 3° la difficulté du diagnostic qui ne peut se faire que si, par une ouverture spontanée ou chirurgicale, des productions épidermiques (poils, dents, matière sébacée) viennent à être évacués.

Mauclaire.

Endothéliome kystique myxomateux de l'ovaire. (Endothelioma cysticum myxomatodes ovarii.) Desiderius v. Velitz. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 1, p. 106.

Cette pièce pathologique, rare, provient d'une femme âgé de 24 ans, qui en rapportait le début à 9 années auparavant. En raison des

accidents graves, de l'impotence presque complète qu'elle avait occasionnés, la laparotomie fut pratiquée et l'on put avec beaucoup de peine extraire une tumeur, plus grosse qu'une tête d'adulte, et qui avait contracté des adhérences étendues avec la paroi abdominale et avec les organes voisins. La femme succomba 1 heure 1/2 après l'opération. La tumeur était pourvue d'une capsule, ayant l'aspect d'une membrane séreuse, et qui envoyait dans l'intérieur de la masse morbide de nombreuses cloisons délimitant des lobes inégaux. Elle présentait, dans sa plus grande portion, une coloration gris blanchâtre. De consistance molle, elle se laissait facilement dilacérer. A la coupe, elle offrait un aspect alvéolaire, rappelant celui d'une ruche ou d'une fine éponge, avec seulement quelques cavités plus grandes, variant du volume d'une noix à celui du poing d'un enfant. Les espaces innombrables, sphériques, longitudinaux, du volume d'un grain de millet à celui d'une tête d'épingle, étaient réunis par un tissu muqueux, homogène, transparent. D'un certain nombre de ces espaces s'écoulaient un liquide un peu trouble, analogue au sérum. D'autres espaces contenaient des masses de détritus, une substance jaunâtre, melliforme, transparente, etc. La tumeur développée aux dépens de l'ovaire gauche adhérait fortement à la corne gauche et à la face postérieure de l'utérus, dont on put toutefois la séparer avec effort. L'auteur donne ensuite une description minutieuse de sa structure anatomique et conclut, quant à son origine, comme il suit : « Les faisceaux de cellules, massifs ou creux, disséminés entre les kystes, et s'abouchant à maintes reprises avec eux, permettent de se prononcer sur l'origine de cette tumeur. L'épaisseur inégale des faisceaux cellulaires, leurs dilatations, leur disposition moniliforme, le tissu réticulé produit de ramifications multiples, la dilatation fungiforme des bourgeons latéraux, leur transformation directe en kystes, ce sont là autant de circonstances, qui indiquent que, *très vraisemblablement, tous les éléments constitutifs du néoplasme dérivent des vaisseaux lymphatiques, et spécialement de l'endothélium de ces vaisseaux.*

R. L.

Endothéliome de l'ovaire. (Endothelioma ovarii.) POMORSKI. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890. Bd XVIII, Hft I, p. 92.

Il s'agit de tumeurs encore mal connues et confondues jadis avec des néoplasmes d'origine différente par la raison qu'elles présen-

tent avec ceux-ci quelques analogies de structure. Précisément, l'observation qui a donné lieu à ce travail fut l'occasion d'une confusion de ce genre. La pièce pathologique fut en effet présentée à la Société de gynécologie de Berlin, sous l'étiquette : kyste dermoïde de l'ovaire droit, siège d'une dégénérescence cancéreuse, et ce n'est qu'à un examen ultérieur, qu'on reconnut le véritable point de départ des altérations anatomiques qui avaient fait croire à la dégénérescence maligne. Les tumeurs que l'auteur a en vue, se développent aux dépens soit des vaisseaux et des espaces lymphatiques, soit des vaisseaux sanguins, plus spécialement aux dépens des éléments endothéliaux de ces tissus, et on les a désignées sous des noms divers, angio-sarcomes (Kolaczek), lymphangiomes kystomateux (Léopold), endothéliomes.

B..., 47 ans, menstruée à 16 ans, toujours régulièrement, ménopause vers 45 ans. Depuis plusieurs mois, violentes douleurs dans le ventre, à droite. Atteinte profonde de la santé générale, fièvre, amaigrissement, perte des forces. Utérus fortement repoussé à gauche par une tumeur grosse comme une tête de fœtus, rénitente, peu mobile, mais très isolable de l'utérus, et présentant à droite, sur sa face externe, quelques bosselures. *Laparotomie* et extraction de la tumeur qui avait contracté avec l'épiploon et les anses intestinales de nombreuses adhérences. Au cours du décollement, la tumeur et l'intestin se déchirèrent en un point. De la tumeur, il s'écoula une masse jaunâtre, très fétide, se coagulant par le refroidissement. On constata qu'au niveau des points où elle était adhérente à l'intestin, la paroi du néoplasme avait subi une dégénérescence maligne. La tumeur présentait une grande cavité qui contenait une masse épaisse de cheveux, d'éléments épithéliaux, et de cristaux de cholestérine, d'où le diagnostic : K. dermoïde, avec transformation cancéreuse de certaines régions de la paroi. Mais, au second examen, fait assez longtemps après sur des pièces durcies, on constate que si elles présentaient une association d'éléments épithéliaux et de tissu connectif comme dans le carcinome, la disposition anatomique n'était pas absolument semblable ; que, par exemple, les alvéoles n'étaient pas aussi nettement séparés du tissu conjonctif que dans cette dernière affection. D'autre part, à la limite des alvéoles se trouvaient des cellules géantes et des cellules fusiformes en contact tellement immédiat avec le tissu connectif ambiant, que les éléments cellulaires paraissaient

en dériver. Enfin, d'autres coupes permirent de reconnaître que toutes ces altérations étaient l'aboutissant d'une *prolifération inflammatoire, diffuse des éléments endothéliaux des espaces lymphatiques du tissu connectif,* dont l'auteur donne une description complète.

R. L.

Remarques sur l'origine des kystes de l'ovaire. (Some observations on the origin of ovarian cysts.) HENEAGE GIBBES. *Boston med. and surg. Journ.*, 30 janv. 1890, vol. CXXII, p. 103.

Ces remarques sont basées sur quinze kystes de l'ovaire enlevés par la laparotomie et sur deux kystes trouvés chez une lapine et chez une chatte. Les modifications pathologiques constatées dans ces organes peuvent se ramener à trois types : développement à forme kystique d'éléments préexistants ; dégénérescence du tissu ovarique ; simple distension des vésicules de de Graaf.

P. NOGUÈS.

Du mécanisme normal et anormal des tumeurs ovariques en voie d'accroissement. (Der gewohnliche und ungewohnliche Wanderung-mechanismus wachsender Eierstockgeschwülste.) FREUND. *Samml. Klin. Vorträg.*, 1890. N° 361/62, p. 2621.

L'étude de ce qui a été écrit sur la question montre que les divers phénomènes qui caractérisent le passage des tumeurs ovariques du petit bassin dans la cavité abdominale ont été étudiés d'une manière incomplète, qu'il existe de grandes divergences dans la manière de voir des auteurs, et que ce déplacement ne serait pas soumis à des règles bien déterminées.

En réalité, ce déplacement se fait, les conditions étant normales, suivant un mécanisme toujours le même, tout à fait comparable à celui qui préside au passage de l'utérus gravide, du petit bassin dans le grand bassin, dans la cavité abdominale. On sait, qu'au début, durant les premiers mois, l'utérus gravide, plus gros, s'abaisse, sous l'influence de la pesanteur, dans le petit bassin où il continue à croître. Mais, vers le 4e mois, il éprouve de la résistance du côté du bassin, du côté des parois pelviennes, et l'œuf est obligé de se développer vers la paroi antérieure. Aussi, à un moment donné, le centre de gravité, qui se déplace de plus en plus vers cette paroi antérieure, finit par entraîner la masse de l'organe, lequel quitte alors le petit bassin et se porte vers la paroi abdomi-

nale antérieure. Toutefois, à cette action de la pesanteur, se surajoutent, dans le cas d'utérus gravide, l'action des ligaments ronds hypertrophiés, et l'effort rèactionnel de la sangle périnéale, musculaire et élastique. Mais, ces deux derniers facteurs n'interviennent pas dans le déplacement des tumeurs ovariques.

Freund reconnaît à ce déplacement deux périodes. Dans la 1re, l'ovaire, augmenté de volume, s'abaisse dans le cul-de sac de Douglas, qui représente le point de plus petite résistance ; en raison de sa situation normale, il ne peut pas se diriger ailleurs. Il se place alors en arrière et sur les côtés de l'utérus, conséquemment suivant un des diamètres obliques du bassin. L'utérus se trouve simultanément déjeté vers le côté opposé à la tumeur, mais il n'est ni élevé, ni rapproché de la paroi pelvienne antérieure d'une manière notable. Le pédicule s'insère à la face antérieure de la tumeur, la trompe la parcourt à peu près transversalement, sa portion ampullaire ainsi que le repli péritonéal correspondant reposent sur elle, tandis que sa portion frangée contourne la convexité latérale de l'ovaire. La vessie, d'une manière générale, a conservé sa forme. Néanmoins, son angle cervical est entraîné du même côté que la matrice, son angle postérieur, est effacé du côté affecté, conservé au contraire du côté sain. Il existe, à ce moment, des troubles vésicaux assez accusés (besoins fréquents d'uriner, mictions difficiles).

Deuxième période. — La tumeur, continuant à se développer, et arrêtée du côté des parois pelviennes et du côté du plancher pelvien doit, comme l'utérus au 4e mois, se développer vers la cavité abdominale. Et, lorsque sa portion supérieure l'emporte en poids, elle se déplace vers la paroi antérieure de l'abdomen, qui proémine en avant. Mais, ce changement brusque de situation (beaucoup de femmes notent le moment précis où il se produit) d'une masse sphérique ou ovalaire s'accompagne toujours, les conditions étant normales, d'un certain degré de rotation. Celle-ci se traduit par une torsion, d'un tour de spire seulement au début, qui siège, dans la majorité des cas, un peu au-dessus du milieu du pédicule. Elle est tantôt dirigée de dehors en dedans, tantôt de dedans en dehors. Le ligament de l'ovaire, et une partie du ligament large, qui concourt à la formation du pédicule, sont toujours tordus. La torsion de la trompe n'est pas aussi constante, on la rencontre plus particulièrement quand la grosse portion de l'organe est étirée sur

la tumeur. Quant au ligament rond, qui n'entre que rarement dans la constitution du pédicule, il ne présente de torsion que dans quelques cas. On en a cité un certain nombre d'exemples.

Ainsi, quand les conditions sont normales, le passage de la tumeur du petit bassin dans la cavité pelvienne s'accompagne d'une certaine torsion du pédicule. C'est là un phénomène qui marque une étape, spéciale, dans l'évolution des tumeurs ovariques. Car, cette torsion est définitive ; pour la défaire, la tumeur devrait reprendre sa place dans l'espace de Douglas, ce qui est impossible. D'autre part, le phénomène a pour premier effet de diminuer la vitalité du pédicule qui, dès lors, offre moins de résistance aux causes diverses qui agissent de façon à produire de nouvelles torsions. Celles-ci n'ont pas de relation étiologique avec le mécanisme dont il est ici question ; elles dépendent de causes multiples et fortuites, et ne sont pas définitives comme la première.

L'absence complète de torsion du pédicule dans la deuxième période constitue un fait exceptionnel.

Durant cette période les rapports de la tumeur et des organes pelviens se modifient d'une façon si constante, que l'on peut formuler la proposition suivante : les organes pelviens obéissent à un mécanisme spécial de déplacement; ce déplacement ferait-il défaut, celui de la tumeur ovarique serait troublé, anormal. Le phénomène capital de ce stade, c'est le rapport nouveau de situation de l'utérus à la tumeur : situé jusqu'alors en avant d'elle il se trouve placé en arrière ; la plupart du temps, il s'agit d'une rétroposition en masse de l'organe. Quant au pédicule, il aboutit maintenant à la face postérieure de la tumeur, tandis que la trompe correspond en grande partie, mais sans lui être étroitement accolée, à sa surface inférieure et postérieure ; ses franges se prolongent sur son bord supéro-latéral. Le ligament ovarique, et la portion du ligament large, compris dans le pédicule, sont tordus et également situés en arrière de la tumeur. Enfin, le ligament infundibulo-pelvien a subi une distension telle qu'ayant perdu ses connexions primitives, il se trouve transformé en un ligament ovarico-pelvien.

Tels sont les points principaux du mécanisme que Freund a longuement étudiés. Il passe ensuite en revue les effets des changements survenus dans la position et le développement des tumeurs ovariques, sur les organes pelviens et abdominaux (vessie, rectum,

S. iliaque, cæcum, côlon, épiploon, mésentère, rate, diaphragme, etc.) Il indique aussi les conditions diverses qui agissent de façon à troubler le mécanisme normal du déplacement des tumeurs ovariques (ovaires fixés par des adhérences déjà avant de devenir le siège de tumeurs; disposition anormale du cul-de-sac de Douglas en rapport souvent avec un développement imparfait de l'individu; tumeurs intra-ligamentaires; pédicules très courts, très résistants; fixation irréductible de l'utérus par des adhérences, etc.), mais, il nous est impossible, faute d'espace, d'analyser plus longuement ce travail très intéressant, auquel est annexé un tableau justificatif, contenant le résumé de 200 cas de tumeurs ovariques.

R. L.

Complications des kystes de l'ovaire. (Complications occuring in the clinical history of ovarian cysts.) RICHARD DOUGLAS. *New-York med. and surg. Journ.*, 21 décembre 1889, vol. L, p. 685.

Ces complications sont divisées en deux catégories : dans la première rentrent les complications portant sur la tumeur elle-même : *adhérences* fréquentes surtout dans les kystes dermoïdes; *torsion du pédicule; calcification* et *rupture du sac* qui résulte de la distension exagérée, de la suppuration ou de productions papillomateuses dans l'intérieur de la tumeur.

Dans la deuxième catégorie l'auteur place les accidents causés par la présence de la tumeur : *albuminurie* due à la compression et qui a de grandes analogies avec l'albuminurie de la grossesse; *ascite* qui est une complication rare des kystes de l'ovaire et qui en dehors des causes médicales doit toujours faire craindre une tumeur maligne.

P. NOGUÈS

Énormes kystes ovariques. Arrêt du cœur. Opération en deux séances. Histoire de quatre cas. (*Enormous ovarian cysts; a theory of Heart failure; a plea for a double operation brief histories of four cases*), par G. L. ABBOTT (de New-York). *Am. J. of obst.*, avril 1890, p. 364.

La première tumeur pesait 91 livres; l'opérée succomba. L'auteur croit qu'il aurait fallu faire d'abord l'opération, puis enlever le reste de la tumeur.

La deuxième tumeur pesait 78 livres.

La quatrième, 152 livres.

L'abdomen de la troisième malade mesurait 142 cent. Ces trois opérées sont guéries.

Abbott croit que l'arrêt du cœur est dû, moins à la suppression brusque de la *pression péricardique*, qu'à celle de la *tension endocardique*. C'est pour cela qu'il propose de faire d'abord l'opération puis, plus tard, l'ablation de la tumeur.

A. C.

Deux ovariotomies incomplètes. (Two incomplete ovariotomies). John Buchanan, in *the American Lancet* août 1889, p. 290.

A propos de deux ovariotomies incomplètes qu'il a pratiquées pour kystes volumineux et à développement très rapide, l'auteur se demande si l'ablation totale de la poche n'est pas toujours possible. Bien que la mortalité de telles interventions partielles soit de 50 0/0, et malgré les affirmations de Lawson Tait, Olshausen, Howard, A. Kelly, il reste d'avis que, dans certains cas, une déchirure de l'intestin de la vessie ou des vaisseaux iliaques est toujours à craindre et que la malade se trouvera mieux d'une ovariotomie incompléte.

P. Noguès.

Du traitement des tumeurs malignes de l'ovaire. (Ueber die Behandlung bösartiger Eierstocksgeschwülste). Freund. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890. Bd XVII, Hft 1, p. 141.

Jadis, le diagnostic d'une tumeur maligne de l'ovaire impliquait, d'une manière absolue, la non intervention. Plus tard, on a, il est vrai, reconnu que l'intervention était justifiée, quand le néoplasme reste localisé à un ovaire. Mais, dès que le néoplasme a envahi d'autres organes, tous les opérateurs, même les plus heureux, sont d'avis qu'il ne faut pas opérer. La déclaration suivante, faite par Olshausen, exprime bien l'opinion générale, actuelle : « quand il existe des métastases nombreuses sur le péritoine ou l'épiploon, ou même sur l'intestin, nul ne songera à préconiser l'extirpation, ne serait-ce que de la tumeur ovarique. Je ne me hasarderai pas davantage à tenter cette extirpation, si je découvrais des foyers métastatiques sur la vessie et sur l'intestin, condition qui nécessiterait la résection des deux organes creux ». Or, un certain nombre de faits, recueillis à la clinique gynécologique de Strasbourg, conduisent à des considérations théoriques et à des résultats pratiques tout à fait différents.

Fréquence des tumeurs malignes. — Sur 166 tumeurs ovariques opérées, il a été constaté à la clinique de Strasbourg, 36 tumeurs malignes, 21,6 0/0, et si l'on fait abstraction des papillomes 12,1 0/0.

Dans 17 de ces cas il s'agissait de tumeurs cantonées dans l'ovaire et se décomposant ainsi : 11 papillomes (dont 6 siègeant des 2 côtés), 4 carcinomes (1 bilatéral) et 1 sarcome. L'observation relative à cette dernière tumeur est particulièrement intéressante. Il s'agissait d'une tumeur polykystique de l'ovaire droit, à végétations sarcomateuses. La femme avait été opérée à l'âge de 19 ans, depuis l'opération, elle s'est mariée et sa santé est restée parfaite, d'où la conclusion diamétralement opposée au principe de non-intervention posé par Braun, *il faut extirper les sarcomes, toutes les fois que l'extirpation est possible.* Dans un autre cas, on constata, à un examen ultérieur,au centre d'un kyste de l'ovaire, au premier aspect de bonne nature, un noyau carcinomateux. De tels faits, expliquent l'apparition de tumeurs cancéreuses, après l'extirpation de tumeurs qu'un examen incomplet avait fait considérer comme de nature bénigne.

Dans d'autres cas, on avait affaire à des tumeurs ovariques, généralisées (5 sarcomes, 1 mélano-sarcome, 2 papillomes), il fallut limiter l'intervention à l'incision exploratrice suivie d'une toilette rigoureuse du péritoine. Une seule malade, opérée en pleine péritonite, succomba. La plupart des autres retirèrent un grand bénéfice de l'intervention, quoique partielle.

L'auteur arrive ensuite à la partie capitale de son travail, et qui a pour objet le « *traitement des tumeurs malignes de l'ovaire généralisées* ». Elle est basée sur 12 observations, qui sont relatées en détail et réparties en 3 groupes : a) Cas de tumeurs ovariques, malignes avec métastases circonscrites, rares (3) ; b) cas de tumeurs ovariques, malignes avec métastases circonscrites, nombreuses (4) ; c) carcinomes généralisés (5). Voici, comme exemple, une de ces observations.

X..., 60 ans, entre à l'hôpital, à cause d'une ascite abdominale abondante. Le début de l'affection paraît remonter à 14 mois. Depuis, 4 ponctions ont été faites toujours suivies de la reproduction du liquide ; en plus, des hémorrhagies irrégulières. Le malade a une figure fatiguée, vieillie, elle est très amaigrie, présente de l'œdème des membres inférieurs, une ascite abondante (circonférence abdominale, 115 cent.), une albuminurie légère, et de l'hydrothorax.

Dans le retournement herniaire ombilical, on sent plusieurs nodosités. Prolapsus complet du vagin et du col. Dans le ventre, plusieurs noyaux durs. *Laparotomie.* Après évacuation du liquide ascitique, on constate que le péritoine, pariétal et viscéral, est semé de nodules cancéreux grisâtres, et de nodosités plus volumineuses : pas d'espaces indemnes de végétations cancéreuses. L'utérus, assez gros, mou, est situé sur la ligne médiane, en antéversion, et le siège de nombreux foyers métastatiques. L'ovaire gauche, en partie kystique, est transformé en un carcinome, mou, exubérant, et intra-ligamentaire. Sur sa face supérieure est greffé un cancer secondaire, qui s'étend jusqu'à la région épigastrique. L'ovaire droit est le siège d'un cancer de la grosseur du poing d'un adulte ; son pédicule, court, épais est lié et la tumeur, non adhérente, enlevée. A gauche, on lie la trompe, à peu près isolable, le ligament rond et les vaisseaux spermatiques, reconnaissables à leurs faiceaux, siège de forts battements. Puis, après incision du mésentère, de l'S iliaque et du rectum, dans lequel la tumeur s'est développée, on fait l'énucléation de celle-ci. Hémorrhagie insignifiante. Suture des parois du sac, au moyen de la suture de Lembert, et application à demeure d'un drain aboutissant à la plaie abdominale. Toilette, dessiccation minutieuse du péritoine ; mais, comme la plaie sécrète d'une manière continue, application d'un tube de verre dans le cul-de-sac de Douglas. Ce tube, qui donne issue à une grande quantité de liquide, est enlevé le 3e jour, le drain le 6e. A partir du 6e jour, suites opératoires apyrétiques. Amélioration extrêmement rapide, disparition complète de l'hydrothorax dès le huitième jour, réunion par première intention de la plaie abdominale. L'opérée peut quitter le lit le 17e jour ; elle se sentait très bien. *Amélioration qui se maintint pendant* 8 *mois*, au point qu'elle put reprendre ses occupations habituelles, pénibles. A 8 mois, réapparition de l'œdème des membres inférieurs et de l'ascite ; mort 11 mois après l'intervention.

Diagnostic. — Dans 10 cas sur 12, il existait de *l'hydrothorax.* L'absence de fièvre, les caractères du liquide obtenu par ponction, son identité avec le liquide ascitique, sa disparition rapide après l'évacuation du liquide de l'abdomen démontrent qu'il ne s'agit pas d'un épanchement consécutif à une pleurésie. D'autre part, sa non reproduction prouve qu'il n'est pas le fait d'une affection grave de la plèvre. Il est le résultat de la transsudation, à travers les vaisseaux lymphatiques diaphragmatiques du liquide abdominal. L'hydrothorax n'est pas un symptôme précoce. A noter également la présence, assez fréquente, de nodosités cancéreuses au niveau de l'ombilic, 3 fois sur 12. Quant à la menstruation, elle ne fournit aucun renseignement utile.

Métastases. — Une distinction importante à faire. Il est des métastases réelles, caractérisées par une infiltration remarquable

des tissus voisins par de petites cellules; il y a là des conditions de végétation si favorables, qu'en raison de leur volume, les productions secondaires peuvent en imposer pour le foyer primitif. La propagation peut se faire soit par contiguïté de tissus, soit par les voies vasculaires, vaisseaux lymphatiques. Mais, il est d'autres tumeurs secondaires, qui ont pour point de départ le détachement de fragments de la masse cancéreuse, leur chute dans les points les plus déclives du péritoine, entre les replis vésico-utérins, dans le cul-de-sac de Douglas, où ils s'implantent. Ces fragments contractent des connexions, de nature fibreuse, tellement intimes avec les tissus voisins qu'il est impossible de les extirper totalement; de plus, les tentatives d'extraction ne déterminent pas d'hémorrhagie, ce qui les distingue des vrais foyers hémostatiques, si friables, si prompts à donner du sang. Ces connexions fibreuses semblent constituer une barrière infranchissable à la propagation du processus cancéreux, d'où cette déduction pratique : *si nombreuses que soient les tumeurs secondaires constatées dans les espaces rétro et anté-utérin, elles ne constituent, en aucun cas, une contre-indication à une opération radicale.*

En résumé, encouragé par les heureux résultats qu'il a obtenus dans des cas considérés autrefois comme de véritables *noli me tangere*, Freund affirme que le domaine de l'ovariotomie doit s'élargir, qu'elle est applicable même aux cancers généralisés. Mais il fait remarquer qu'il faut savoir accepter toutes les conséquences de cette nouvelle manière de voir, posséder toutes les ressources de la chirurgie, savoir renoncer aux opérations trop rapides, et disposer d'un personnel spécialement dressé aux difficultés de ces interventions.

R. L.

50 ovariotomies (Bericht über 50 Ovariotomien), par H. Omori et I. Keda, du Japon, in *Berl. Klin. Woch.*, 17 fév. 1890, nº 71, p. 149.

Statistique de 50 ovariotomies avec une seule mort. De ces 50 kystes 16 étaient dermoïdes, soit 32 p. 0/0; 6 fois il y avait grossesse concomitante et, dans 4 cas, la grossesse continua jusqu'à terme malgré l'opération.

100 ovariotomies à la clinique des femmes de Kœnigsberg (100 ovariotomien aus der Königsberg Frauenklink), Dohrn, 1890. *Cent. f. gyn.*, nº 9, p. 137.

Ces 100 opérations ont été faites sous le couvert de précautions antiseptique rigoureuses. *Résultats* : 94 succès ; 4 morts. Causes de la mort : 1) iléus, survenu le 13e jour après l'intervention, accidents tellement rapides qu'on ne put procéder à la réouverture du ventre. A la nécropsie, on constata que l'intestin grêle était étranglé par une bride conjonctive qui s'étendait du mésentère à l'épiploon ; 2) œdème pulmonaire, apparu le 3e jour après l'opération. Antérieurement, la femme avait présenté des accidents broncho-pulmonaires localisés aux sommets ; 3) femme, de 63 ans, atteinte de thrombose des veines de la jambe gauche ; elle succomba à un phlegmon étendu de la cuisse gauche ; 4) mort au 5e jour d'une infection septique.

Nature de l'affection : Des kystes opérés, 47 avaient leur point de départ dans l'ovaire gauche, 43 dans l'ovaire droit. 6 fois il s'agissait de kystes dermoïdes, 2 fois de kystes para-ovariques.

L'*âge* des opérées oscillait de 14 à 63 ans. La plus jeune, 14 ans, en même temps qu'un kyste ovarique, avait de la tuberculose de l'ovaire. De plus, le péritoine était, sur une grande étendue, semé de granulations tuberculeuses.

La guérison pourtant eut lieu de la façon la plus régulière, et elle se maintient depuis 5 ans 1/2 ; 4 des opérées étaient *enceintes* de 2 à 4 mois au moment de l'opération. Dans aucun de ces cas, la grossesse ne fut troublée du fait de l'intervention.

R. L.

Des rapports des kystes de l'ovaire avec les fonctions génitales. (Dei cistomi ovarici in rapporto con le funzioni generative), par L. Acconci. *Annali di ostet. e ginecologia.* Milano, février 1890, 109.

L'auteur étudie d'abord les rapports des kystes de l'ovaire avec la menstruation et l'ovulation. Quant à la grossesse elle agit sur les kystes comme sur les fibromes et les carcinomes utérins, elle augmente leur volume. Quant à la transformation des kystes en tumeur maligne par le fait de la grossesse, cette hypothèse de Wernich est bien douteuse pour Acconci. Parmi les complications il note la péritonite partielle, l'hémorrhagie dans le kyste, la suppuration, la rupture du kyste et la torsion de son pédicule.

Dans le cours de l'accouchement assez souvent il se rompt ; exceptionnellement on le voit s'engager dans la cavité pelvienne avant le fœtus, d'où la nécessité d'une intervention opératoire. De

même, quand dans le cours de la grossesse ces kystes donnent lieu à des accidents graves l'auteur, est d'avis de faire, sans hésiter, l'ovariotomie ; la ponction du kyste ou l'interruption de la grossesse sont des méthodes insuffisantes.

Au moment de l'accouchement, si le kyste s'engage avant le fœtus, on peut tenter la réduction de la tumeur avec la main introduite dans le vagin ou dans le rectum, si cette réduction ne réussit pas l'auteur est d'avis de faire l'incision du kyste s'il est petit, l'opération césarienne s'il est volumineux.

P. MAUCLAIRE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Chris-Martin. Notes on some recent cases in Mr Lawson Tait's Clinique. *The Provincial Medical Journal*. Leicester, 1er mai 1890, vol. IX, p. 272. **Auvergniot**. *De la mono-arthrite blennorrhagique chez la femme. Th. Paris*, 1889-90, nº 138. — **Poirier**. Lymphatiques des organes génitaux de la femme. *Progrès méd*. Paris, 1889, 491, 509, 527, 568, 590 ; 1890, XI, 41, 65. — **Lewers**. *A practical textbook of the diseases of women*. Lond., 1890. — **Odebrecht**. Ueber Neurosen in Gefolge von gynäkologischen Erkrankungen. *Beit. z. Geburt. u. Gynäk.*, Stutg., 1889, 87. — **Barrow**. How the refinements of abdominal surgery have influenced general surgery. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gynec*. Phila., 1889.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Horatio R. Bigelow**. Gynecological electro-therapeutics. *Medical News*. Philadelphia, 10 mai 1890, t. LVI, p. 499. — The pessary of the future. *New-York Med. Journal*, 5 avril 1890, vol. LI, p. 381. — **A. Raciborski**. On emmenagogues. *Medical Age*. Detroit, Michigan, 25 mars 1890, vol. VIII, p. 125. — **Larauza**. Du traitement des maladies chroniques de l'organe utérin par les eaux et boues de Dax. *Mém. et bull. Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 1889, 130. — **J. M. Baldy**. Electricity in chronic pelvic inflammatory diseases. *Medical News*. Philadelphia, 22 mars 1890, t. LVI, p. 302. — A new uterine stem. *The North American practitioner*, Chicago, fév. 1890, t. II, p. 94. — **Freund**. Ueber die Anwendung des ichthyols bei Frauenkrankheiten. *Berl. Klin. Wchschr.*, 1890, XXVII, 249. — **Ziegenspeck**. Ueber Thure-Brandt's Verfahren der Behandlung von Frauenleiden. *Samml. Klin. Vort.* Leipz., 1890, nº 353-4. — **Arendt**. Die Behandlung der Frauenkrankheiten nach Thure Brandt. *Berl. Klin. Wchnschr.*, 1890, XXVII, 11, 31, 57. — **Mendes de Leon**. — Over de tœpassing der electricitat in de gynæcologie. *Nederl. Tijdschr. V. Verlosk. en Gynæc.* Haarlem, 1889, I, 219. **Lefour**. Nouvelle sonde pour les lavages intra-utérins. *Mém. et bull*

Soc. de méc. et de chir. de Bordeaux, 1889, 166. — **Delabastaille.** Ein zweitheiliges Röhrenspeculum. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 18, p. 324. — **Nagel.** Einige Beobachtungen über die Elecktrotherapie in der Gynäkologie nebst Bemerkung über die Behandlung der behinderten Menstruation und Conception mittels Sondirung. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVIII, Hft 1, p. 81. — **Auvard.** De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique. *Arch. de Toc.*, 1890, n° 5, p. 275. — **Heywood Smitz.** The tilted bed in gynæcology. *Prov. Med. Journ.* Leicester, 1890, p. 214.

VULVE ET VAGIN. — **Coen.** Adenoma della glandula del Bartolino. *Bull. d. sc. med. di Bologna*, 1889, XXIV, 398. — **Defay.** Tuberkulosa vaginy. *Sborn. lék.* (V, Praze, 1889, III, 29). — **Pascale.** Atresia della vagina. *Riforma med.* Napoli, 1890, VI, 2, 8. — **Küstner.** Beitrag zur Therapie der Narbenstenosen der Vagina. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 2, p. 145. — **Blagovestchensky.** Extirpation de la paroi postérieure du vagin et du cul-de-sac postérieur dans un cas de carcinome mixte. *Gaz. méd. de Par.*, 1890, VII, 97. — **Neumann.** Zur Kenntniss der klinischen und histologischen Veranderung bei Erkrankungen der Vaginalschleimhaut. *Verhandl. d. deutsch. dermat. Gesellsch.* Wien, 1889, I, 127. — **Starkey.** Complete laceration of the Vagina. *Med. et Surg. Reporter*, Phila., 1890, LXII, 343. — **Dennetieres.** Cancer primitif de la cloison recto-vaginale. *J. d. sc. méd. Lille*, 21 mars 1890, 278. — **Chevrier.** *Contribution à l'étude du traitement des fistules recto-vaginales.* Th. *Paris*, 1890, p. 153.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE, ETC. — **Coelho.** A cura do cystocelo vaginal pela elytrorraphia. *Med. contemp.*, Lisb., 1890, VIII, 9. — **Reeves Jackson.** A further contribution to the use of the intra-uterine stem in the treatment of flexions. *The North American practitioner.* Chicago, mars 1890, t. II, p. 119. — **Candia.** Sulla cura radicale operativa del prolasso Totale della vagina e dell' utero *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1890, 265. — **Faivre (P.).** *Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide.* Th. *Paris*, 1889-90, p. 215. — **Doléris.** Pathogénie et traitement des déviations utérines. *Nouv. arch. d'obst et de gyn.*, 1890, n° 4, p. 177, 257. — **Kellogg.** New observations concerning the functions of the round ligaments. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gyn.* Phila., II, 266. — **Klein.** Vier Ventrofixationen des Utérus. *München med. Wchschr.*, 1890, XXXVII, 171. — **Guttierez.** Retroversion del utéro gravido, corregida por la posicion genu-pectoral. *An. de obst., ginecop. y pediat.* Madrid, 1890, X, 5. — **Enastrom.** Ventrofixation d'un utérus prolabé. *Finska läksällsk* handl., Helsingfors, 1890, XXXII, 172. — **Heydenreich.** De l'hystéropexie. *Sem. méd.* Par., 1890, X, 82. — **Eschert.** 120 *Kolporaphien aus der Gynäkologischen Universitäts-Klinik zu Königsberg.* Königsberg, 1889. — **Valenta.** Congenital malposition of the uterus producing sterility. *Med. Press. and Circ.* Lond., 1890, XLIX, 245. — **Babacci.** *Sullo scotamento del collo uterino. Nuovo processo per ottenere il raddrizzamento in alcune flessioni uterine irriducibli.* Pausula, 1889. — **Carpenter.** Alexander's operation, with a new method for securing the round ligaments. *J. Am. M. Ass.* Chicago, 1890, XIV, 308. — **Assaky.** Despre hysteropexia in prolapsul uterin. *Clinica.* Bucuresci, 1890, I, 1. — **Jackson.** A further contribution to the use of intra-uterine stem in the treatment of flexions; with a description of a new instrument. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1890, II, 119. — **Bening-**

ton. A hystero-psychosis ; a case of retroversion ; insanity, replacement ; cure. *Brit. gynæc., J.* Lond , 1889-90, V, 468. — **Vulliet.** De la laparo-hysterorrhaphie ou hystéropexie. *Rev. obstét. et gynéc.* Par., 1890, 9. — **Munde.** The beste operation for cystocele and rectocele. *Am. J. of Obst.*, N. Y. 1890, XXIII, 268.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC.. — **Mc Ardle.** A case of metremphysema. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gynec.*, Phila., 1889, II, 227. — **Gahagan.** A case of pyometra. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1889-90, XVI, 976. — **Terrillon.** Des ulcérations du col de l'utérus. *Rev. obstét. et gyn.* Par., 1890, VI, 5. — **Stevens.** A hairpin in utero. *Obst. Gaz.* Cincin., 1890, XIII. 130. — **Terrillon.** Curettage de la muqueuse intra-utérine. *Bull. gén. de thérap., etc.* Par., 1890, CXVIII, 251. — **Tripier.** Sur quelques points de thérapeutique intra-utérine. *Bull. gén. de thérap.* Par., 258. — **Shrader.** Die intra-uterinen Aetzungen bei Endometritis. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 15, p. 257. — **Martin.** The treatment of membranous dysmenorrhæa. *Medical News.* Philadelphia, 3 mai 1890, vol. LVI, p. 471. — **Arthur W. Edis.** On the diagnosis and treatment of metrorrhagia. *British Medical Journal.* London, 7 juin 1890, nº 1536, p. 1298. — **Stahl.** Beitrag zur supravaginalem Amputation des puerperalen septischen Uterus. *Beit. z. Geb. u. Gyn.* Stuttg. 1889, 34. — **Picque.** Des opérations applicables au traitement de l'endométrite chronique. *Rev. génér. de clin. et de thérap.* Par., 1890, IV, 113. — **Kessler.** Bemerkenswerthe Befunde in einem Myxadenoma cysticum der vorderen Muttermundslippe. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVIII, Hft 1. p. 146. — **Engel.** Die Hypertrophie der Portio vaginalis und deren Behandlung. *Pest. med. chir. Presse*, Budapest, 1890, XXVI, 121. — **Herzfeld.** Ein Fall von Uterusruptur geheilt durch Jodoformgazetamponade. *Allg. Wien. med. Ztg*, 1890, XXXV, 61.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE, ETC. — **E. W. Cushing.** The degeneration of uterine fibroïds with exhibition of two specimens and remarks on choice of methods in the treatment of fibroïds. *Boston med. and Surg. Journal.*, 3 avril, 1890, ºCXXII, p. 315. — **Ellsworth Hewitt.** Extirpation of the cervix uteri for cancer. *International Journal of Surgery*, New-York, mai 1890, vol. III, p. 102. — **Dennetières.** Cancer primitif du corps de l'utérus ; généralisation aux viscères abdominaux, Péritonite avec épanchement purulent. Mort. *J. des sc. méd. Lille*, 4 avril 1890, p. 325. — **Gieseler.** *Traitement des fibromyômes utérins par l'électricité.* Th. *Paris*, 1889-1890, n. 156. — **Curatulo.** Sulla cura palliativa del cancro dell' utero inoperabile e sul trattamento dell'endometrite cronica col cloruro di zinco. *Giorn. internaz. delle sc. med.* Napoli, fev. 1890. 143. — **Coe (Henry C.)** Malignant disease of the corporeal endometrium. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, I, 369. — **Thoman.** Uterusinfarct und initiales Carcinom der Gebärmutter in klinischen Bilde. *Allg. Wien. med. Ztg.* 1890, XXXV, 62. — **Tannen.** Beiträge zur Statistik, Prognose und Behandlung des Gebarmutterkrebses. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII. Hft 3, p. 420. — **Marque (A.).** *Contribution à l'étude du traitement des fibromes utérins. Parallèle des principaux modes de traitement.* Th. Paris. 1889-90 n. 208. — **Jacobs.** Un cas de carcinome primitif utérin. *Arch. de Toc.*, 1890, nº 5, p. 281. — **Curatulo.** Sulla cura palliativa del cancro dell' utero inoperabile e sul trattamento dell' indometrite cronica col cloruro di zinco. *Morgagni*, Milano, 1889, XXXI, 663. — **Battes.** *Die supravaginale Amputation des graviden Uterus vvegen Myom.*

Bonn, 1889. — **Kragelund**. Om Radikaloperationen for cancer uteri. *Hosp. Tid.*, Kysbenh, 1890, 3, R., VIII, 274. **Bergé**. Falso polipo uterino. *Rev. clin. del. hosp.*, Madrid, 1890, II, 56. — **Klein**. Uterus Sarcom. *München. med. Wchschr*, 1890, XXXVII, 170. — **Doran**. Myômes et fibro-myômes de l'utérus et des ovaires. *Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1890, n° 5, p. 296. — **Leopold**. Die operative Behandlung der Uterus myome durch vaginale Enucleation, Castration, Myomotomie und vaginale Totalextirpation. *Arch. f. Gyn.* Bd XXXVIII, Hft 1, p. 1. — **Schwerin**. *Zur Diagnose des beginninden Carcinoms des Uterus körpers*. Berlin, 1889. — **Montgomery**. Vaginal hysterectomy. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gyn.*, Phila., II, 140. — **Price**. The dry extra-peritoneal treatment of the stump in hysterectomy. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gyn.* Phila., 1889, II, 149. — **Schmalfuss**. Zur Casuistik der Amputatio uteri supravaginalis bei Myomen. *Beit. z. Geb. u. Gyn.* Stuttg. 1889, 141. — **Trenholme**. Report of nine cases of hysterectomy for uterine fibroïds ; new method of treating pedicle. *Canada M. Rec.* Montréal, 1889-90, XVIII, 97. — **Brichetti**. Tumori uterini. *Gazz. med. lomb.*, Milano, 1890, XLIX, 32. — **Bantock**. Soft fibroïd tumours of the uterus. *Brit. Gynæk. J. Lond.*, 1889-90, 445. — **Guéniot**. De l'excision des gros polypes de l'utérus, particulièrement des polypes géants de cet organe. *Rev. Obst. et Gyn.* Par., 1890. VI, 14. — **Kaltenbach**. Zur Therapie der malignen Neubildungen des Uterus. *Beit. z. Geb. u. Gyn.* Stuttg., 1889, 7. — **Nebel**. Zu vaginalen Enucleation der Uterusmyome. *Munch. med. Wchnsch.*, 1890, XXXVII, 37.

OVAIRES. — **Goodell (William)**. Two successive cases of laparotomy for ovarian cyst and for ovarian insanity. *Med. News*. Philad., 17 mai 1890, vol. LVI, p. 521. — **Barton Cooke Hirst**. The corpus luteum « of pregnancy » in nonpregnant woman. *Med. News*. Philad., 5 avril 1890, vol. LVI, p. 358. — **G. V. High**. A case of abdominal cyst, presenting peculiar adhesions. *The North American practitioner*. Chicago, mars 1890, t. II, p. 117. — **Lancial**. Kyste de l'ovaire. *J. des sc. méd.* Lille, 1890, p. 190. — **Lancial**. Cancer des ovaires. Propagation en surface au cul-de-sac de Douglas. *J. d. sc. méd. Lille*, 21 mars 1890, 275. — **Wacquez**. *Les tumeurs végétantes de l'ovaire*. Th. *Paris*, 1889-90, n. 170. — **Conzette**. *Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes*. Th. *Paris*, 1889-90, n. 119. — **Myrtle**. Double ovariotomy and nephrectomy followed by Abcess of lung. *Lancet*. Lond., I, p. 751. — **Platt**. Ovarian cyst in a girl of 14 years, removed by laparotomy, etc. *Maryland M. J.*, Balt., 1889-90, XXII, 446. — **Nagel**. Zur Anatomie des menschlichen Eierstockes. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVII, Hft 3, 491. — **Peters**. Fibro-cystoma ovarii von buitengewonen omvang. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk*, Amst., 1890, 2 R. XXVI, 29. — **Raymond**. Cysto-sarcome de l'ovaire ; ovariotomie, guérison. *J. Soc. de Méd. et Pharm. de la Haute-Vienne*. Limoges, 1889, XIII, 187. — **Schmidt**. Beitrag zur Histologie der Knochen und Zähne in den Dermoidcysten der Ovarien. *Deutsch. Monatschr. f. Zahnh.* Leipz., 1890, VIII, 1. — **Dobczynski**. 100 *Fälle von Ovariotomien aus der gynäkologischen Universitätsklinik zur Königsberg*. Königsberg, 1889.

ORGANES URINAIRES. — **Küstner**. Die einfache gerade Röhre als catheter für die weibliche Harnblase. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 23, p. 416. — **Palmer**. Papilloma of the bladder in the female. *Times and Reg.* Philad., 1890, VII, 217. — **Duret**. Des cystites douloureuses

rebelles traitées par la colpocystotomie. *J. des sc. méd. Lille*, 1890, p. 433. — **Couturier (L.)**. *Contribution à l'étude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique. De la dilatation et du pansement antiseptique de la cavité utérine dans le traitement des métrites chroniques. Th. Paris*, 1889-90, n° 210. — **Haultain**. Exfoliation of the Bladder in the female. *Edinb. M. J.*, juin 1890, p. 1122. — **Dubourg**. Corps étrangers de la vessie. *Soc. de Méd.* et *Chir. de Bordeaux*, 1889, 671. — **Trendelenburg**. Ueber Blasenscheidenfisteloperationen und über Beckenhochlagerung bei operationen in der Bauchhöhle. *Samml. Klin. Vort.* Leipz., 1890, n° 355. — **Herczel**. Traitement chirurgical de la fistule vésico-utérine. *Pest. Med. Chir. Presse.* Budapest, 1890, XXVI, 25.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Myers**. A few considerations on peritoneal effusions after intra-peritoneal operations. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gyn.*, Phila., 1889, II, 177. — **Gardner**. On abdominal section in tubercule of the peritoneum and uterine appendages. *Montréal M. J.*, 1889-90, XVIII, 641. — **Coe**. Secondary laparotomy for the relief of persistent pain due to intestinal adhesions. *Ann. Gynæc. et Pædiat.*, Phila., 1889-90, III, 332. — **Halliday Croom**. On some points in the technique of Laparotomy. *Edinb. M. J.*, mai 1890, p. 1012. — **Hoffmann**. Some accidents and complications incident and subsequent to abdominal and pelvic operations. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gynec.*, Phila., 1889, II, 102. — **Taylor (J. W.)**. Series of Eighty-four Cases of abdominal Section in Women. *Lancet.* Lond., 1890, I, 696. — **Lewes**. The indications for removing the uterine appendages for chronic inflammation with notes of two cases. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1890, XLIX, 226. — **Weiss**. *Fünfzig Fälle von Hämatocele retrouterina. Aus der Königsberger gynäkologischen Klinik in den Jahren*, 1878, 1881 *bis*, 1889. Königsberg, 1889. — **Smith**. Observations on pelvic abscess. *Med. Press. and Circ.* Lond., 1890, XLIX, 272. — **Spengler**. *Zur Behandlung der Hæmatocèle retrouterina.* Bern., 1889. — **Hall**. Some points in the diagnosis of pyosalpinx. *Tr. Am. Ass. Obst. and Gynec.*, Phila., 1889, II, 230.

VARIÉTÉS. (Microbiologie, troubles nerveux, troubles menstruels, malformations, etc.) — **Valenta**. Ein Fall von ganzlichen Mangel der inneren genitalien mit einer kaum augedeuteten Vulva bei entsprechend entwickelten Brutdrüsen. *Memorabilien.* Heilbr., 1889-90, IX, 193. — **Carey**. The generative organs of women in primitive sterility. *Med. et Surg. Rep.* Phila., 1890, LXII, 397. — **Manton**. A contribution to the history of ovariotomy on the insane. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gynec.* Phila., 1889, II, 262. — **Newman**. A case of rudimentary uterus and absence of vagina; relieved by operation. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1890, II, 116. — **Wolfner**. Die einfache gerade Röhre als katheter für die weibliche Harnblase. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 20, p. 359. — **Lier** et **Ascher**. Beitrage zur Sterilitätsfrage. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* 1890. Bd. XVIII, Hft. 2, p. 262. — **Kaschkaroff**. Ueber ein erfolgreichen Fall von Laparotomie bei aussergewöhnlich gross entwickelter Nierencyste, enstanden durch Pyelonephritis der rechten Niere. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 17, p. 303. — **Von Kahlden**. Ueber das Verhalten der Uteruschleimhaut wharend und nach der Menstruation. *Beitr. z. Geb. u. Gyn.* Stuttg., 1889, 107. — **Conklin**. Some neuroses of the menopause. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gyn.*, Phila., 1889, II, 309. — **Bergh**. Om Herpes menstrualis. *Hosp. Tid. Kjobenh.*, 1889, VII,

1297, 1321. — **Zinker**. Castration wegen Geistesstorung. *Allg. Ztschr. f. Psychiat.*, etc. Berl., 1889-90, XLVI, 687. — **Saulman**. Die Behandlung mit der Konstanten Strome in der Gynäkologie. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 19, p. 337. — **Frank**. Beiträge zur Lehre von den Coitusverletzungen. *Prag. Med. Wchschr.*, 1890, XV, 59. — **Rosthorn**. — Vierzig Fälle von Abtragung und Entfernung der Anhänge der Gebärmutter. Klin. Studie. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, Hft 3, p. 337. — **Tannen**. Eine neue zusamnenlegbare Sims'she Rinne mit Hebelverschluss. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 25, p. 441. — **Ruggi**. L'operazione del Battey e la nutrizione dell' utero. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, mars, 1890, 143. — **Muller**. Beobachtungen über den Einfluss der Influenza auf den weiblichen Sexualapparat. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 17, p. 297. — **Schaeffer**. Bildungs-Anomalien weiblicher Geschlectsorgane aus dem fötalen Lebensalter mit besonderer Berücksichtigung der Entwickelung des Hymens. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, Hft 2. — **Frank**. Casuistische Beiträge zu den Missbildungen der weiblichen genitalorgane. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 2, p. 187. — **Seidel**. *Ein Fall von Hemmungs-missbildung des weiblichen genitalkanals*. Erlangen, 1889. — **Lindfors**. Fall von Elephantiasis congenita cystica. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 2, p. 258. — **Lyons (J.-A.)**. A case of rudimentary uterus and absence of vagina relieved by operation. *The North American practitioner.* Chicago, mars 1890, t. II, p. 116. — **Hotmann de Villiers**. Anomalies des organes génitaux externes chez une femme de 21 ans. *Arch. de Tocol.*, 1890, n° 5, 272. — **Townsend**. A report of ninety cases of rapid dilatation of the uterine canal for the cure of dysmenorrhea and sterility. *Tr. Am. Ass. Obst. de Gynec.* Philad., 1889, II, 220.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Bewill**. Two hundred and fifteen cases of labor. *St Louis M. and S. J.*, 1890, LVIII, 18-26. — **Hart**. Improved method of managing the third stage of labor. *Rep. Lab. Roy, Coll. Phys.*, Edinb, 1890, II, 90. — **Humphreys**. The force required in labor. *Lancet*, Lond., 1890, I, 596. — **Kortright**. Unusual mechanism in shoulder delivery. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, XXXVII, 444. — **Mermann**. Weitere 200 Geburten ohne innere Desinfektion. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 18, p. 316.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Barbour**. Anatomy of advanced pregnancy and of labour, as studied by means of frozen sections and casts. *Rep. Lab. Roy. Coll. Phys.*, Edinb., 1890, II, 1. — **Döderlein**. Vergleichende Untersuchungen über Fruchtwasser and fötalen Stoffwechsel. *Arch. f. Gyn.*, 1890, XXXVII, 141. — **Lugeol**. Placenta double dans une grossesse simple. *Mém. et bull. de la Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 1889, 185. — **Rémy**. Fractures des deux fémurs chez un enfant né en présentation du siège. *Rev. Méd. de l'Est.* Nancy, 1890, XXII, 171. — **Roncaglia**. Della placenta marginata. *Ann. di ostet.* Firenze, 1889, XI, 355-384. — **Streett**. Hydatiform degeneration of chorion. *South. Clinic.*, Richmond, 1890, XIII, 71.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Tarnier**. Critiques et desiderata du basiotribe ; ses modifications successives. *Sem. méd.* Paris, 1890, X, 89.

DYSTOCIE. — **Cullingworth.** Cæsarean section in a case of flattened generally contracted pelvis ; death in sixty hours ; necropsy ; remarks. *Lancet*, Lond., 1890, I, 90. — **Gibb.** Labour complicated by a fibroid tumor ; cæsarean section. *Med. News,* Phila., 1890, LVI, 333. — **Jentzer.** Dystocie par atrésie incomplète de l'orifice externe. Dégagement de la tête coiffée par les parois cervicales très allongées et amincies. *Arch. de Toc.*, 1890, n° 5, 268. — **Kelly.** A successful Cæsarean section for a large bony tumor choking the pelvis. *Med. and Surg. Reporter*, 1890, LXII, 100-106. — **Ribemont-Dessaignes.** Dystocie due à la présence d'un myôme inséré sur la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus ; putréfaction du fœtus ; présentation du siège ; extraction à l'aide du basiotribe ; mort au 17e jour. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, avril, 1890, p. 241. — **Tait.** An address on the surgical aspect of impacted labour. *Brit. M. J.,* London, 1890, I, 657. — **Von Ramdohr.** Das mässig verengte Becken und seine Behandlung in der Hospital und Privatpraxis. *Med. Monatsch.*, N.-Y., 1889, I, 640-643.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Budd.** Diagnosis of pregnancy by the changes of the urinary phosphates. *Virginia, M. Month.*, Richmond, 1889-90, XVI, 974. — **Davis.** Dystocia from cervical atresia. *Ann. Gynæc.*, Boston, 1889-90, III, 110. — **Ehrendorfer.** Zur kenntniss der fehlerhaften Haltung der Frucht. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, Hft 2, p. 279. — **Galabin.** The change in size of the chest and abdomen during the lying-in period and the effect of the binder upon them. *Lancet*, Lond., 1890, I, 601. — **Lütkens.** *Entwickelung der Lehre vom allgemein gleichmässig verengten Becken mit Anschluss eines Falles von allgemein verengtem schräg verschobenem Becken*, Freiburg, 1889. — **Mackenzie.** Case of prolonged gestation. *Brit. Gyn. J.*, Lond., 1889-90, 427. — **Neugebauer.** Spondyl-olisthésie et spondylizème. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1890, n° 4, p. 235, 308. — **Norris.** The value of abdominal palpation in obstetrical diagnosis. *Univ. M. Mag.*, Phila., 1889-90, II, 234-240. — **Voituriez.** Les calendriers de la grossesse. *Arch. de Toc.,* 1890, n° 5, p. 285. — **Wells.** Shoulder presentations and their management. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1890, XXIII, 274.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Riedniger.** Ein Fall von Graviditas extrauterina durch Laparatomie geheilt. *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1889, II, 901. — **Wathen.** Treatment of ectopic pregnancy with report of a case. *New-York M. J.,* 1890, LI, 288. — **Duncan.** Clinical lecture on extra-uterine gestation. *Lancet,* London, 1890, I, 449. — **Tait.** A criticism on some recent utterances on ectopic gestation. *Prov. M. J.*, Leicester, 1890, IX, 194.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Braun-Fernwald.** Ueber zwei primäre Laparatomien bei Graviditas extrauterina. *Arch. f. Gyn.,* 1890, Bd XXXVII, Hft 2, p. 286. — **Courmont.** Sur un cas de grossesse trigémellaire. *Lyon médic.,* fév. 1890, 151. — **George Speck.** Miscarriage of Triplets. *New-York Med. Journ.,* 18 janv. 1890, II, 69. — **Phocas.** Grossesse gémellaire ; hydramnios ; ponction ; guérison. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mai 1890, p. 361. — **Roesger.** Isolirter Vorfall der Nabelschnur bei zwillingsgeburt und doppelter Querlage der Früchte. *Cent. f. Gyn.,* 1890, n° 22, p. 393. — **Spinelli.** Di un segno certo di parto gemellare. *Riforma Med.* Napoli, 1889. V, 1760 ; 1766. —

Valenta. Die Bauchpresse als einfachstes Mittel zur endgiltigen spontanen Ausstossung eines Abortiveies der ersten drei Monate. *Memorabilien*. Heilbr., 1889, IX, 196. — **Van Dorn**. Triplets with one placenta. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, XXXVII, 96.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Ballantyne**. Intra-uterine Rickets. *Edinb. m. J.*, juin 1890, p. 1111. — **Diffre**. Nouveau système de couveuse pour les nouveau-nés. *Arch. de Toc.*, 1890, nº 4, p. 228. — **Ely**. Mummification; one of the results of retention of a dead fœtus in utero. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, XXXVII, 90.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES (Voir Dystocie, Grossesse extra-utérine). — **Ahlfeld**. Die geburshilflichen operationen in der Hebammenpraxis. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 15, p. 258. — **Abegg**. Die geburshilflichen Operationen der Hebammen. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 18, p. 313. — **Ayers**. Duties in the decidua and retained membranes of the ovum. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, XXXVII, 400. — **Baudry**. *Étude critique de la méthode des douches vaginales pour la provocation de l'accouchement prématuré*, 1890. Paris. — **Blanc**. De l'opération césarienne, méthode opératoire et indications. *Arch. de Toc.*, 1890, nº 4, p. 193, 296. — **Caubet**. Curettage de l'utérus chez une malade atteinte de septicémie due à la rétention des débris de l'œuf après un avortement de 4 mois. Guérison. *Arch. de Toc.*, 1890, nº 5, p. 283. — **Clarke**. The management of the perineum during labor.. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gynec.* Phila., 1889, 206. — **Cohnstein**. Beiträge zur Lehre der Placentarverwachsung. *Arch. f. Gyn.*, 1889, XXXVI, 371. **Evans**. Surgical treatment of puerperal peritonitis. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, XXXVII, 407. — **Goodell**. Delivery of a retained placenta. *Practice*. Richmond, 1890, IV, 33. — **Harris**. Results of the Porro-Cæsarean operation in all countries, from its introduction to the close of 1888. *Brit. med. J.* Lond., 1890, I, 68. — **Hoerle**. *Zur Statistik des Kaiserchnittes*. Bonn, 1889. — **Hertzch**. Sieben weitere Beiträge zur Lehre vom conservativen Kaiserschnitte. *Arch. f. Gyn.*, 1890, XXXVII, 67. — **Kaschkaroff**. Ueber einen glücklich ausgeführten Kaiserschnitt. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 16, p. 273. — **Kocks**. Ueber die künstliche Inversio uteri bei Post-partum-Blutungen und die intrauterine Knotung der Uterusnaht bei der Sectio Cæsaren. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 20, p. 353. — **Lefour**. Du dégagement artificiel des épaules au détroit périnéo-vulvaire. *Mém. et bull. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1889, 553. — Version céphalique par manœuvres externes dans les présentations pelviennes et circulaires du cordon autour du col fœtal. *Mém. et bull. Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 1889, 437. — **Lugeol**. De la version céphalique par manœuvres externes dans les présentations du siège. *Mém. et bull. Soc de méd. et chir. de Bordeaux*, 1889. 589. — **Münchmeyer**. — Beitrag zum Kaiserchnitte und uber das Verhalten des bei demselben verwendeten Nahtmateriales. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, Hft 2, p. 312. — **Noble**. Induced premature labor; delivery with high forceps; conjugate diameter, eight centimetres. *Obst. Gaz.* Cincin., 1890, XIII, 59. — **Taylor**. Forceps versus version in contracted pelvis. *Cincin. Lancet-Clinic.*, 1890, XXIV, 247. — **Turazza**. Sulla estrazione manuale della placenta. *Gazz. d. osp.* Milano, 1890, XI, 57. — **Ulman**. Deux cas de section césarienne, à la Maternité de Göteborg. *Hygiæa*. Stockholm, 1889, II, 729. — **Varnier**. De la dilatation artificielle de l'orifice utérin pendant le travail. *Gaz. hebd. de méd.* Par., 1890, XXVII, 62, 101. —

Von Brehm. Ein Casuistischer Beitrag zur Umgehung der Künstlichen Frühgeburt. *St-Petersb. med. Wchnschr.*, 1890, VII, 77. — **Von Ott.** Kaiserschnitt nach der Methode von Porro mit günstigen Erfolgefür Mutter und Frucht. Anzeige ; Fibromyoma colli uteri cum graviditate. *Arch. f. Gyn.*, 1890, XXXVII, 88. — **Werder.** Flap-splitting in perineorrhaphy, with special reference to Tait's operation. *Tr. Am. Ass. obst. et gynec.* Phila., 1889, II, 54.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES (Voir grossesse multiple, thérapeutique et antisepsie). — **Ballen.** Ein Fall von Missed abortion. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 14, p. 233. — **Blume.** On the etiology and treatment of placental retention due to constriction of the contraction-ring. *Pittsburgh M. Rev.*, 1890, IV, 40. — **Colla.** Nabelschnurbruch mit Lebermissbilding. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 21, p. 380. — **Crippen.** Insanity of pregnancy and its medico-legal relationship. *Homœop. J. Obst*, n° 7, 1890, XII, 75-81. — **Duvinage.** *Drei seltene Missgeburten aus der Berliner Universitäts-Frauenklinik.* Berlin, 1889. — **Edge.** A case of mitral stenosis complicating pregnancy and labour. *Lancet.* Lond., 1890, I, 634. — **Falaschi.** Pseudocisti sotto coriali placentari. *Annali di Ostetr. e Ginec.* Milano, 1890, p. 49. — **Fourrier.** Môle hydatiforme et insertion vicieuse du placenta. *Rev. gén. de clin. et de thérap.* Par., 1890, IV, 5. — **Gardner.** Complete transverse laceration of the womb. *Brit. M. J.* Lond., 1890, I, 719. — **Gardner.** Sapremia and septicemia during the puerperal period. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gyn.* Phila., 1889, II, 312. — **Gautier.** Du tétanos puerpéral et spécialement de ses causes et de sa pathogénie. *Rev. méd. de la Suisse Rom.* Genève, 1889, IX, 745. — **Gillion.** A propos d'un cas d'éclampsie suivie de guérison. *Cliniq.* Brux., 1889, III, 785-787. — **Graham.** A fatal case of complete inversion of the uterus during labour. *Lancet.* Lond., 1890, I, 463. — **Graham.** A study of puerperal eclampsia. *Virginia M. Month.* Richmond, 1889-90, XVI, 966. — **Halliday Croom.** Retroversion and Retroflexion of gravid uterus. *Edinb. m. J.*, avril 1890, p. 905. — **Hawley.** A case of abortion with sequelæ. *Med. and Surg. Reporter.* Phila., 1890, LXII, 449. — **Heideken.** *Influence de l'âge sur la grossesse, la délivrance, et les suites de couches chez les primipares. Abo,* 1889. — **Hirigoyen.** Scarlatine et rougeole chez une accouchée. *J. de méd. de Bordeaux,* 1889-90, XIX, 217. — **Hutchinson.** Syphilis in a pregnant woman; infection of the fœtus; some facts as to transmission. *Arch. Surg.* Lond., 1889-90, I, 527. — **Irving.** Notes on two cases of puerperal septicæmia. *N. Zealand M. J.* Dunedin. 1889-90, III, 89. — **Iwoff.** Action de l'influenza sur la marche de la grossesse. *Med. Obozr.* Mosk., 1890, XXXIII, 149. — **Marta.** Rottura centrale del perineo; episiotomia ed episio-perineo-plastico-rafia. *Riv. veneta di sc. med.* Venezia, 1889, XI, 268-274. — **Mc Mullen.** Complete rupture of perinæum, involving the rectum for an inch and a half, with loss of control over sphincter ani. *Australas. M. Gaz.* Sydney, 1889-90, IX, 42. — **Mitchell.** The Albuminarias of pregnancy. *Hahneman. Month.* Phila., 1890, XXV, 1, 73, 140. — **Passerini.** Trattamento chirurgico dell'endometrite puerperale settica. *Morgagni.* Milano, 1800, XXXII, 19. — **Redfern.** Interstitial emphysema in parturition. *Lancet.* Lond., 1890, 343. — **Scott** et **Sainclair (J.).** A case of secondary post-partum hemorrhage. *Med. Chron.* Manchester, 1889-90, XI, 284-286. — **Smith.** The etiology of puerperal

fever. *Med. Chir. Tr.*, Lond., 1889, LXXII, 83. — **Sperling**. Ueber Hernia uteri gravidi. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII Hft, 2, p. 308. — **Styalko**. Des hémorrhagies pendant la grossesse. *Meditsina.* Saint-Pétersb., 1890, II, 29. — **Thiéry**. Remarques à l'étude de l'érysipèle dans l'état puerpéral. *Gaz. méd. de Paris*, 1890, VII, 87, 99. — **Valle**. Alcune considerazoni sulla febbre puerperale e suo trattamento col sublimato corrosivo. *Riv. ital. di terap. e ig.* Piacenza, 1889, IX, 401-410. — **Varnier**. De la putréfaction fœtale intra-utérine comme cause de dystocie. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, avril 1890, p. 108, 146. — **Von Herff**. Beiträge zur Lehre der Galaktorrhæ. *Frauenarzt.* Berl., 1889, IV, 27, 76, 134, 196, 255, 327, 400, 476, 545, 612, 694, 746.— **Vossius**. Ein Fall von einseitiger metastatischer Ophthalmie in Puerperum bedingt durch Streptokokhenembolie. *Zeitf. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 2, p. 166. — **Wallich**. Sur la nature de l'infection puerpérale. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1890, p. 367. — **Wells**. Central rupture of perineum. *Lancet.* Lond., 1890, I, 540. — **Zaramella**. Uno stranò caso di aborto. *Riv. veneta di sc. med.* Venezia, 1889, XI, 479.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Auvard**. De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique. *Arch. de Toc.*, 1890, n° 5, p. 275. — **Braun-Fernwald**. Ueber die antiseptische Excochleatio uteri bei Endometritis puerperalis. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, Hft 3, p. 452. — **Budin**. Rapport sur l'autorisation à donner aux sages-femmes de prescrire les antiseptiques. *Arch. de Toc.*, 1890, n° 4, p. 239, 321. — **Constant Robert**. De l'accouchement antiseptique par le sulfate de cuivre. *Nouvell. arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1890, n° 5, p. 286. — **Dirska**. Zur Therapie der Postpartum-Blutungen. *Berl. Klin. Wchschr.*, 1890, XXVII, 173. — **Falk**. Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, Hft 2, p. 295. — **Goldschmidt**. Sages-femmes et antisepsie. *Méd. mod.* Par., 1889-90, I, 252. — **Nouveau**. Projet de loi sur l'exercice de la médecine. Les sages-femmes et les antiseptiques. *J. de méd. de Paris*, 2 s., II, 98. — **Pichevin**. Du sublimé en obstétrique. *Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1890, n° 5, p. 281. — **Robertson**. The Gariel air-ball pessary as a plug in abortion. *Lancet.* Lond., 1890, I, 749. — **Valenta**. Soll den Hebammen der Gebrauch des Mutterrohres in der geburtshilflichen Praxis verboten werden? *Wiener Med. Presse*, 1890, XXXI, 165. — **Verchère**. De l'antisepsie dans les accouchements normaux; ses résultats. *France méd.*, Par., 1890, I, 98.

TÉRATOLOGIE. — **Fernandez (Augustin M.)**. Notes and remarks on the birth of a double fœtus somewhat resembling the Siamese twins. *Americ. J. of the Med. sc.* Philad., 1890, 40. — **Raineri**. Un feto mostruoso in gravidanza complicata da idramnios acuto. *Osservatore.* Torino, 1889, XI, 767.

VARIÉTÉS. — **Day**. Some unusual cases in obstetric practice, with remarks on the relations of homœopathy to Obstetrics. *Month. Homœop. Rev.* London, 1889, XXXIII, 709-724. — **Dührssen**. *Geburtshülfliches Vademecum für Studirende und Aertze.* Berlin 1890.— **Freudenberg**. Ueber Naturheilkunde mit besonderer Berücksichtigung der Vorschriften derselben über Behandluug von Geburt und Wochen-

bett. *Frauenarzt*. Berl., 1890, V, 31. — **A. Koeltnitz**. Contributo alla fisiologia ed alla patologia della gravidanza. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1889, 44-84. — **Latis**. Ueber die Uebertragung des Milzbrandes von der Mutter auf den Fotus und die allgemeinen Alterationen an Gefässen, welche de Milzbrandinfection hervorbringt. *Cent. f. allg. Path. u. path. Anat.* Iena, 1890, I, 89. — **G. Lichotzky**. Zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnblase. *Cent. für ginak.*, 1890, nº 25, p. 447. — **Mijulieff**. De l'influence des impressions psychiques sur la marche de la grossesse et la mort intra-utérine du fœtus. Quelques considérations sur la structure de l'utérus. *Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1890, nº 4, p. 208. — **Thomas More Madden**. On false pregnancy. *The Amer. Journ. of the med. Sciences*, 1890, juillet, p. 26. — **Porak**. De l'achondroplasie. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1890, nº 4, p. 222, 303. — Responsabilité du médecin et de la sage-femme en cas d'épidémie puerpérale. *Rev. prat. d'Obst. et d'Hyg. de l'enfance*, avril 1890, p. 97. — **Trousseau**. De l'Iritis cataméniale. *Arch. de Tocol.*, 1890, juin, p. 315.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Août 1890

M. le Dr Tillaux est enfin nommé Professeur à la Faculté de Médecine de Paris. Il y a dix ans, au moins, qu'il devrait l'être, si les basses jalousies de professeurs sans élèves, n'avaient retardé, autant qu'elles l'ont pu, la nomination d'un homme aussi recommandable par l'honnêteté scientifique que par le talent professoral.

Nous avons été des premiers, il y a plus de 15 ans, à voter pour lui, et nous sommes heureux de constater qu'enfin une justice, bien tardive, lui a été rendue.

Professeur Pajot.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôpital Necker. — Clinique du professeur Guyon.

CYSTALGIES SYMPTOMATIQUES DE LÉSIONS RÉNALES ET PYONÉPHROSES CONSÉCUTIVES A DES LÉSIONS VÉSICALES. — INFLUENCE DU TRAITEMENT DE LA VESSIE SUR LES URÉTÉRO-PYÉLITES

Messieurs,

Nous avons actuellement, couchées dans les lits 4 et 5 de notre salle de femmes, deux malades chez lesquelles j'ai pratiqué la cystotomie. C'est là une opération que l'on a beaucoup plus souvent l'occasion de faire chez la femme que

chez l'homme, l'état douloureux vésical étant plus fréquent chez celle-là que chez celui-ci.

Aujourd'hui je désire attirer votre attention sur quelques points de diagnostic et vous parler d'une manière générale de l'influence de l'état vésical sur l'état rénal et réciproquement. A ce double point de vue nos deux malades sont particulièrement intéressantes car toutes deux présentent un état vésical et un état rénal douloureux.

Il n'est pas douteux qu'on observe des réflexes réno-vésicaux, mais entre leur existence et les déductions que l'on en a tirées dans des discussions de Sociétés savantes, il y a des différences que la clinique nous permet de mesurer.

Avions-nous chez nos deux malades affaire à une influence du rein sur la vessie ou de la vessie sur le rein? La question, en dehors de son intérêt scientifique, n'est pas indifférente; un diagnostic précis étant nécessaire pour poser les indications thérapeutiques et recourir à des actes opératoires consécutifs. Il est, croyons-nous, possible de faire la part de ce qui revient aux reins, et de ce qui revient à la vessie; nos deux malades en sont un exemple.

La première a été opérée le 26 mars. A cette époque, elle avait des urines extrêmement chargées de pus, des reins volumineux et douloureux; elle souffrait de crises vésicales extrêmement douloureuses. En même temps existaient quelques symptômes généraux graves, une petite fièvre à oscillations, des troubles dyspeptiques variés (langue sèche, etc.).

Les douleurs vésicales étaient-elles sous la dépendance de l'état rénal ou, au contraire, l'état rénal n'était-il que la conséquence d'une lésion primitivement localisée à la vessie? Après examen, nous avons conclu à une influence de la vessie sur le rein; celui-ci ne devait donc pas être visé par l'opération, immédiatement tout au moins.

Nous nous sommes dès lors attaqué à la vessie, nous avons fait la cystotomie et le résultat a été exactement celui que nous attendions de notre intervention. Immédiatement les douleurs vésicales ont disparu et du jour où la vessie a été

ouverte il n'y a plus en une seule crise. En même temps l'état rénal s'est considérablement amélioré; les reins ont presque aussitôt cessé d'être douloureux et cette disparition de la douleur a été elle-même suivie d'une diminution de volume, si bien qu'aujourd'hui il est impossible d'atteindre ces reins par le palper.

Pourquoi avons-nous conclu chez cette malade à l'importance de l'état vésical, à sa réalité, à son rôle dans la production de l'état rénal? Nous l'avons fait parce que nous avons constaté chez elle que la vessie était directement en cause; cela nous a été possible par l'étude de la sensibilité vésicale qui, ainsi que je l'ai depuis longtemps démontré, permet de déterminer d'une manière exacte et sûre l'existence de lésions siégeant au niveau même de la vessie. Les diverses manœuvres permettant d'apprécier l'état de cette sensibilité vésicale ont été exposées d'une manière complète, il y a quelques années déjà, par mon élève Hartmann, dans sa thèse inaugurale (1).

Nous avons donc interrogé chez notre malade la sensibilité vésicale, elle était excessive.

La pression simple de la vessie par le doigt vaginal, la pression de la vessie contre la face supérieure du pubis avec l'index recourbé en crochet, la pression hypogastrique, la pression bimanuelle avec une main sur la paroi abdominale et un doigt de l'autre dans le vagin, ont déterminé une série de sensations douloureuses des plus vives.

Prenant un explorateur à boule olivaire, j'ai pu constater que la traversée uréthrale était indolente, que je n'obtenais rien non plus à l'entrée dans la vessie, mais qu'au contraire j'arrachais un cri à la malade lorsque poussant plus loin la boule de mon explorateur j'allais butter contre la paroi profonde de la vessie. L'explorateur métallique coudé, me permettant de toucher successivement les divers points de la face interne de la vessie, m'a montré que tous ces points

---

(1) *Des cystites douloureuses*. Paris, Steinheil, 1887.

étaient douloureux au contact. Pour terminer cette exploration j'ai recherché quelle était la sensibilité à la distension ; il m'a suffit d'injecter quelques grammes pour déterminer une douleur excessive.

Mais, direz-vous peut-être, dans l'espèce les reins sont également douloureux, les douleurs vésicales déterminées par ces diverses explorations ne sont-elles par l'écho de la douleur rénale ? C'est là une objection que l'on ne peut soutenir. *La vessie saine n'est pas sensible au contact, elle l'est peu à la distension*. Pour que le contact soit douloureux, pour que la distension ne puisse plus s'effectuer, il faut qu'elle ait subi une modification inflammatoire. Ici encore, je vous citerai un autre travail de M. Hartmann, complémentaire de sa thèse (1). Vous y verrez, par la lecture d'observations nombreuses, pour la plupart recueillies dans mon service, que, dans les états névralgiques, la vessie reste insensible au contact, à la pression, et que sa sensibilité à la distension n'est nullement augmentée. Nous devions donc conclure chez notre malade à l'existence d'une cystite grave, la *sensibilité pathologique ne pouvant se superposer qu'à un état pathologique*.

Les suites de l'opération que nous avons faite, de la colpocystotomie, nous ont montré que nous avions eu raison de laisser le rein de côté dans notre intervention. La sensibilité a disparu et son volume a diminué. C'est qu'en effet la pyonéphrose peut être modifiée de la manière la plus remarquable par un traitement vésical approprié ; je ne parle pas seulement ici de la taille mais aussi d'un simple traitement vésical rationnel. Il suffit souvent que la vessie soit au repos pour que le rein se vide parfaitement. Peut être est-ce simplement en assurant l'évacuation régulière de la vessie, et par suite des uretères, que Bozeman a obtenu des succès dans le traitement des pyonéphroses, lorsqu'il faisait pendant des mois le cathétérisme des uretères par une fistule vésico-vaginale

(1) *Des névralgies vésicales.* Paris, Steinheil, 1888.

créée chirurgicalement (1); certes notre malade pisse encore du pus; mais de sa pyonéphrose j'ai fait une simple pyélite et par là j'ai obtenu une amélioration considérable.

Chez notre deuxième malade j'ai dû, il y a quelques jours, après échec d'un traitement antérieur, ouvrir la vessie. Actuellement le rein malade n'a pas encore diminué de volume mais la fièvre a disparu; la langue sèche auparavant est aujourd'hui rose et humide; les fonctions digestives se sont très améliorées et nous avons tout lieu de croire aussi à un succès ultérieur. Je vous engage à suivre cette malade et ne doute pas que sous peu vous assisterez à la diminution progressive de son rein. J'ai, Messieurs, insisté sur l'histoire de ces malades, pour bien vous montrer l'influence de la vessie sur le rein, du traitement vésical sur l'évolution des lésions rénales. Je l'ai fait pour réagir contre l'opinion de quelques-uns qui tendent à exagérer l'importance des réflexes réno-vésicaux et pour vous montrer, par des exemples, que non seulement l'existence d'une lésion rénale ne contre-indique pas une intervention vésicale, mais qu'au contraire, elle la commande plus active, l'action exercée sur la vessie se faisant aux bénéfices des reins et des uretères, dont normalement la vessie est la gardienne naturelle.

Ce sont des faits importants que confirme la pratique journalière de la chirurgie chez les urinaires. Pour ne pas sortir du cadre de cette leçon je me contente de vous citer l'homme couché au n° 4 de la salle Velpeau. Lorsqu'il nous est arrivé il y a deux mois environ avec une infiltration d'urine et une rétention nous avons constaté une pyonéphrose à droite. Elle était des plus volumineuses et nous en avons dessiné les contours au nitrate d'argent. Elle a complètement disparu et cependant nous ne nous sommes occupé que du traitement de l'infiltration et de la rétention.

Aller au secours des reins en traitant méthodiquement les

---

(1) SHERWOOD DUNN. *La kolpo-urétéro-cystotomie.* Th. Paris, 1888-1889, n° 36.

lésions de l'appareil urinaire inférieur doit être l'une des règles fondamentales de la chirurgie que nous pratiquons dans cette clinique. Ce n'est pas seulement une action préservatrice que l'on exerce ainsi, ce peut être, vous le voyez, une action thérapeutique dont bénéficient et les uretères et les reins. Cela n'enlève pas sans doute l'action directe sur ces organes. La chirurgie a fait à cet égard de précieuses conquêtes, elle les étendra certainement. Mais il y a beaucoup à faire encore pour que le traitement chirurgical des pyonéphroses et des urétérites donne tout ce que nous voulons en attendre. Il est donc bon d'étudier l'action que peut exercer le traitement de la vessie sur la rétention de pus dans les reins et, d'une façon générale, de rappeler à l'aide d'exemples, que s'il est vrai que la vessie peut être influencée par le rein, l'observation attentive et réitérée des faits prouve que les lésions inflammatoires de ces organes auxquelles le chirurgien a affaire, sont secondaires et que leur origine est vésicale.

ÉTUDE CLINIQUE SUR L'ATROPHIE CONGÉNITALE OU ACQUISE DES MEMBRES INFÉRIEURS DANS SES RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Par M. le Dr **Chambrelent**, chargé du cours de clinique obstétricale à l'École de médecine de Toulouse.

Lorsque la grossesse survient chez une femme atteinte depuis son enfance de boiterie, on se préoccupe généralement de l'issue de l'accouchement et du sort du produit de la conception.

La boiterie due aux lésions coxo-fémorales a été particulièrement étudiée et nous connaissons bien aujourd'hui le type spécial de viciation pelvienne auquel elle donne lieu.

Il n'en est plus ainsi pour les lésions pelviennes qui peu-

vent accompaguer les atrophies congénitales ou acquises dans les premières années de la vie.

Nous ne croyons pas que cette question d'anatomie et de physiologie pathologique ait jamais été traitée. Il paraît cependant bien avéré que ces lésions atrophiques peuvent dans certains cas retentir sur le bassin. Volkmann, cité par Charcot, dans ses *Leçons sur la paralysie atrophique de l'enfance*, s'exprime en effet ainsi :

« Même dans la paralysie infantile très limitée et très incomplète, les troubles trophiques dont il s'agit peuvent affecter le membre dans toute son étendue ; on en retrouve souvent des traces au tronc, *au bassin*, aux épaules et même dans certains cas, à la tête. »

A défaut de données anatomiques, il nous a paru intéressant de faire une étude clinique de la question et de rechercher quelles pouvaient être les conséquences des lésions atrophiques des membres inférieurs sur la marche de la grossesse et sur son issue.

Enfin il était aussi intéressant de connaître si des lésions aussi marquées de la mère et qui le plus fréquemment ne sont que des troubles trophiques répondant à des lésions des centres nerveux ne pouvaient pas avoir d'influence sur l'état de l'enfant.

Nous n'avons trouvé dans les divers auteurs aucune donnée précise à ce sujet et n'avons pu que rassembler quelques rares observations disséminées dans diverses thèses ou mémoires dont nous donnerons le résumé.

Mais, favorisé par les circonstances, nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations personnelles de grossesses et d'accouchements survenus chez des femmes atteintes de lésions atrophiques des membres inférieurs, observations qui, sans être encore bien nombreuses, nous permettent cependant d'éclairer un peu cette question au point de vue clinique.

Les lésions atrophiques, que nous avons observées chez les femmes enceintes, peuvent se diviser en trois classes. Elles

sont survenues dans les premières années de la vie et peuvent être le résultat :

1° De paralysie atrophique de l'enfance ;

2° De lésions osseuses des membres inférieurs ; ou enfin,

3° Être congénitales.

Après avoir donné la relation complète des observations qui nous sont personnelles et le résumé succinct de celles que nous avons pu trouver dans les divers auteurs, nous chercherons à conclure quelle est l'influence des lésions atrophiques des membres inférieurs d'abord sur la marche de la grossesse elle-même, puis sur l'accouchement et enfin sur l'état du produit de la conception.

1° Atrophies des membres inférieurs consécutives à la paralysie infantile.

La paralysie atrophique de l'enfance est une des causes les plus fréquentes d'atrophie des membres inférieurs, cette atrophie détermine soit la claudication, lorsqu'elle n'est pas trop accentuée, soit l'impotence fonctionnelle absolue de l'un ou même des deux membres, et peut dans certains cas retentir directement sur le bassin.

Nous avons pu en recueillir personnellement trois observations. Nous en avons retrouvé deux autres dans la thèse d'agrégation de Guéniot et une dans le *Répertoire général d'obstétrique et de gynécologie*, nous en donnerons le résumé.

OBSERVATION 1. — *Atrophie du membre inférieur droit à la suite de paralysie infantile. — Pas de déformation appréciable du bassin. — Sept accouchements spontanés.* (Obs. de BLOT. Thèse d'agrégation de GUÉNIOT. Résumée.)

Femme privée depuis l'âge de quinze mois de l'usage du membre inférieur droit, resté atrophié à la suite de *convulsions infantiles*. Cette femme, de taille moyenne, d'une bonne santé habituelle, après avoir rampé jusqu'à l'âge de cinq ans en s'appuyant directement sur son bassin, se sert depuis cet âge d'une béquille qu'elle

ne quitte plus. Elle marche exclusivement avec l'aide de son bâton et du membre pelvien gauche. Le membre droit ne touche jamais le sol; atrophié, tourné dans l'adduction, il ne toucherait le sol, si on le soumettait à une extension forcée, que par la face dorsale du pied considérablement dévié en dedans.

Malgré cette infirmité cette femme est accouchée sept fois spontanément d'enfants de volume ordinaire.

L'examen direct ne peut faire découvrir aucune modification du côté du bassin correspondant au membre atrophié, pas plus que du côté sain.

Entrée à l'hôpital dans le service de Dubois pour une perte de sang survenue au septième mois d'une nouvelle grossesse, elle accoucha spontanément quelques jours après.

Observation 2. — *Atrophie du membre inférieur droit à la suite de paralysie infantile. — Bassin bien conformé. — Trois accouchements naturels à terme.* (Obs. de Blot. Thèse d'agrégation de Guéniot. Résumée.)

Femme atteinte de claudication à la suite de *paralysie infantile* depuis l'âge de 10 ans. Le membre inférieur droit présente un amaigrissement considérable. Dans trois grossesses successives cette femme accoucha à terme sans aucune difficulté. Les enfants présentaient un volume ordinaire.

Il n'est signalé chez eux aucune difformité.

Observation 3. — *Atrophie complète des deux membres inférieurs à la suite de paralysie infantile. — Rétrécissement du bassin. — Opération césarienne.* (Obs. de Kourrer, de Leyde, in *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, 1887. Résumée.)

Le sujet de cette observation est une mendiante très déformée. A deux ans et demi elle avait eu des *convulsions* à la suite desquelles il y a eu paralysie des membres inférieurs s'opposant complètement à la marche.

La partie supérieure du corps et les bras sont développés normalement. Il n'en est pas de même du bassin et des jambes très atrophiées.

Le bassin était un peu asymétrique.

On atteint sans peine le promontoire avec l'index, sa distance au bord inférieur de la symphyse mesure 8 centimètres et demi.

Les douleurs étaient commencées depuis vingt-quatre heures, le méconium s'était écoulé depuis dix heures.

On fait l'opération césarienne par la méthode de Müller. L'enfant pesait 2,750 grammes, et trois semaines après il atteignait le poids ds 3,300 grammes.

Il n'est pas dit qu'il présentât le moindre vice de conformation.

OBSERVATION 4. — *Paralysie infantile ayant amené une atrophie très manifeste des membres supérieurs et inférieurs droits. — Boiterie. — Deux accouchements spontanés à terme.* (Obs. personnelle, recueillie dans le service de M. le Dr PINARD, à l'hôpital Lariboisière.)

La nommée H..., Flore, âgée de trente-sept ans, entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Pinard, le 7 novembre 1888.

Cette femme qui habite la Normandie, où elle exerce la profession de cultivatrice, s'est rendue à pied à Paris pour venir y faire ses couches.

Son père est mort aliéné il y a dix-neuf ans. Sa mère est morte d'une affection de la langue, probablement de nature carcinomateuse, il y a 11 ans. Elle a un frère et deux sœurs qui jouissent d'une bonne santé.

Au point de vue de ses antécédents personnels, elle nous raconte qu'elle a été atteinte à l'âge de onze mois de *convulsions* graves à la suite desquelles elle est restée paralysée du côté droit. A part cela elle n'a jamais eu la moindre affection nerveuse ou autre.

Réglée pour la première fois à l'âge de douze ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis, sauf pendant la durée de ses grossesses.

A l'âge de vingt et un ans elle devint pour la première fois enceinte. La grossesse a été absolument normale. L'accouchement a eu lieu à terme. La durée du travail a été de six heures. Les suites de couches absolument physiologiques et elle a pu reprendre son travail quelques jours après. La grossesse n'avait amené aucune modification dans son état de paralysie.

Son enfant, bien constitué, a été nourri par elle et a toujours

depuis été en bonne santé. Après avoir nourri son enfant pendant un an, elle a pu encore prendre un nourrisson pendant six mois.

Depuis cette époque elle a toujours continué à se bien porter. Ses règles ont repris leurs cours normal, jusqu'au mois de mars 1888, où elle devint de nouveau enceinte.

La grossesse actuelle n'amena aucun changement dans son organisme autre que la suppression des règles, et au huitième mois elle se rendit, comme nous l'avons dit, à pied à Paris, et entra à Lariboisière où nous eûmes l'occasion de l'observer.

Examen de la malade. — C'est une femme de taille moyenne. L'examen de la colonne vertébrale ne révèle aucune déviation anormale.

L'examen de la face nous permet de constater une paralysie très marquée du côté gauche, le pli nasal est effacé. La parole est embarrassée, il n'y a cependant pas de déviation bien manifeste de la langue. La sensibilité ne paraît pas affectée. La cage thoracique est régulièrement conformée, les deux seins sont également développés et volumineux.

L'examen externe du bassin ne permet de constater aucune asymétrie du squelette.

Mais l'*examen des membres* nous révèle les particularités suivantes :

Tandis que le membre supérieur gauche paraît avoir son développement normal, le membre supérieur droit est manifestement atrophié, c'est ainsi qu'il a environ deux centimètres de moins que le bras gauche, et que les muscles ainsi que ceux de l'avant-bras, sont beaucoup moins développés. La main est aussi plus petite et les doigts montrent un certain degré de contracture.

La malade n'est cependant pas absolument paralysée de ce membre qu'elle peut faire mouvoir, mais dont elle se sert peu, c'est ainsi qu'elle coud, écrit, etc. de la main gauche.

Il en est de même pour le membre inférieur droit, qui est manifestement plus lourd que le gauche, ce qui fait boiter la malade, qui marche sur le bord externe du pied.

Les muscles de la cuisse et du mollet sont moins volumineux que ceux du côté gauche.

Examen obstétrical. — On constate que l'utérus a son développement normal du huitième mois de la grossesse et est porté franchement vers la gauche, c'est là un fait qu'il nous paraît intéressant

de noter, puisqu'il coïncide avec la paralysie du côté droit de la malade.

Le palper permet de constater la présence d'un fœtus, en position O.I.G.A.

Le toucher ne nous révèle rien de particulier à signaler, ni du côté des parties molles, ni du côté du canal osseux, qui paraît normal.

Le 15 septembre, à 1 heure du matin, cette femme est prise des premières douleurs. Le travail marche régulièrement. La dilatation est complète à 3 heures du matin. A ce moment on rompt artificiellement les membranes et l'accouchement a lieu spontanément à cinq heures du matin.

La délivrance a lieu naturellement une demi-heure après l'accouchement.

L'enfant du sexe masculin est en bon état et bien constitué.

Il pèse 3,250 gr., a une longueur totale de 50 cent. Les diamètres de la tête sont les suivants :

O. F. — 11 1/2
O. M. — 13 1/2
B. P. — 9

Après l'accouchement on peut constater par le palper abdominal que l'utérus est bicorne. La corne gauche étant beaucoup plus marquée que la corne droite. L'examen des membranes qui ont été préparées avec soin par M. Mentel, interne du service, permet de constater très bien le fait.

Les suites de couches sont d'ailleurs absolument physiologiques. L'utérus occupe toujours le côté gauche.

Cette femme nourrit son enfant et paraît avoir du lait en abondance. Elle et son enfant quittent l'hôpital en parfaite santé.

Observation 5. — *Atrophie des membres du côté droit survenue à la suite de paralysie infantile. — Crises d'épilepsie augmentant de fréquence pendant les grossesses. — Un accouchement prématuré. — Trois accouchements spontanés à terme.* (Obs. personnelle, recueillie dans le service de M. le Dr Pinard, à l'hôpital Lariboisière.)

P...., âgée de 29 ans, exerçant la profession de ménagère, entre à la maternité de Lariboisière, service de M. le Dr Pinard, le 23 nov. 1888.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. Mère morte de la variole. Frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents physiologiques et morbides. — Cette femme dit avoir marché à l'âge de un an. A trois ans elle fut atteinte d'une fièvre typhoïde à forme cérébrale, qui détermina des convulsions très graves ; elle se remit cependant à la longue, mais resta paralysée du côté droit. Cette paralysie n'est cependant pas complète. Elle lui permet de marcher, mais en boitant.

La santé générale est restée bonne jusqu'à l'âge de dix-huit ans, époque de ses règles, qui n'ont pas d'abord un cours parfaitement régulier, mais qui ne s'accompagnent cependant d'aucun état pathologique.

A l'âge de 19 ans elle devient pour la première fois enceinte.

C'est pendant cette grossesse qu'apparaît chez elle un phénomène pathologique particulier. Elle fut à plusieurs reprises atteinte d'attaques nerveuses sur la nature desquelles nous ne pouvons d'abord être parfaitement renseigné, mais qui d'après le dire de l'entourage de la malade, présentaient le caractère suivant :

La malade pousse un cri, tombe sans avoir le temps de choisir la place, a de violentes convulsions, puis reste pendant quelque temps sans connaissance. Quand elle revient à elle, elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé et se trouve seulement très fatiguée. Ces attaques ont en somme tous les caractères d'attaques d'épilepsie et se reproduisent à plusieurs reprises pendant cette grossesse qui se termine à sept mois. L'enfant était vivant, mais succomba quelques heures après sa naissance.

Depuis cette première grossesse les attaques d'épilepsie ont persisté et se reproduisaient presque mensuellement.

Il y a quatre ans, nouvelle grossesse pendant laquelle les attaques redoublent de fréquence. Accouchement *spontané à terme*, enfant vivant encore aujourd'hui et fort bien constitué. N'a jamais eu de convulsions.

Il y a deux ans, nouvelle grossesse qui présente le même caractère que les précédentes, c'est-à-dire exagération des crises d'épilepsie. Accouchement *spontané à terme* d'un enfant vivant et *bien constitué* qui succombe à trois mois à une affection laryngée.

Au mois de mars de cette année (1888) début d'une nouvelle grossesse, qui toujours se traduit par une augmentation des crises nerveuses. C'est pour cette grossesse qu'elle entre à l'hôpital

Lariboisière, service de M. le Dr Pinard, qui a bien voulu nous autoriser à recueillir cette observation.

Examen de la malade. — Cette femme de taille moyenne, présente une atrophie très marquée du bras et de la jambe du côté droit, cette atrophie de la jambe détermine de la boiterie.

L'examen du bassin fait avec soin par M. le Dr Pinard n'indique pas de viciations manifestes.

Pendant le temps qu'elle a passé dans le service elle a eu à plusieurs reprises des crises nerveuses auxquelles il ne nous a pas été donné d'assister, mais qui, d'après le dire des surveillantes, avaient le caractère des crises d'épilepsie.

Elle accoucha spontanément à terme d'un enfant vivant et bien constitué.

OBSERVATION 6. — *Atrophie manifeste du membre inférieur gauche datant de l'enfance. — Accouchement spontané à terme. — Enfant bien conformé.* (Obs. personnelle.)

Mme X... est atteinte depuis l'âge de un an d'un raccourcissement très marqué et d'une atrophie du membre inférieur gauche qui déterminent la boiterie.

A l'âge de vingt ans cette jeune femme étant devenue enceinte, nous sommes consulté par la famille qui se préoccupe de l'issue de l'accouchement par suite de cette boiterie.

L'examen nous permet de constater une atrophie très marquée de la jambe gauche, tandis que la hauteur de la hanche droite est de 102 cent., celle de la hanche gauche n'est que de 95 cent., c'est donc une différence de 7 cent. sur la longueur totale des membres inférieurs.

Le mollet droit mesure 35 cent.

Le mollet gauche seulement 31 cent.

Dans l'attitude debout le bassin présente naturellement une obliquité très marquée.

La pelvimétrie interne ne permet cependant pas de constater de vices de conformation bien manifestes du côté du bassin.

Nous concluons à la possibilité d'un accouchement à terme et éclairé par nos observations précédentes, portons un pronostic favorable sur le résultat de l'acccouchement et sur l'état de l'enfant.

Arrivée au terme de sa grossesse cette dame accouche en effet spontanément. La durée du travail n'a été que de six heures.

L'enfant très bien conformé pèse 3 kilogr.

Suites de couches absolument normales.

2° Atrophie des membres inférieurs consécutive à des lésions osseuses survenues dans le jeune âge.

L'atrophie des membres inférieurs peut encore dans certains cas, plus rares, être consécutive à des lésions osseuses survenues dans l'enfance ; on trouve alors, indépendamment de l'atrophie du système musculaire et du système osseux, des traces de cicatrices anciennes. Nous avons trouvé deux observations de ce genre l'une dans la thèse de Guéniot (1), l'autre dans la thèse de Chanoine (2) ; enfin nous avons pu en recueillir une personnelle à la Maternité de Toulouse, grâce à l'obligeance du Dr Bonneau. chirurgien en chef de ce service.

OBSERVATION 7. — *Raccourcissement et atrophie du membre inférieur droit s'accompagnant de lésions osseuses. — Bassin normal. — Trois accouchements spontanés à terme.* (Obs. recueillie par M. BLOT. Thèse d'agrégation de GUÉNIOT. Résumée.)

Femme de vingt-neuf ans, affectée de claudication depuis l'âge de 10 ans.

Traces d'abcès anciens au niveau de la hanche droite. Raccourcissement de six centimètres et légère atrophie du membre inférieur droit. L'examen du bassin ne permet de constater aucun vice de conformation. Cette femme accoucha trois fois spontanément à terme et ses accouchements n'offrirent rien de particulier à signaler.

OBSERVATION 8. — *Atrophie du membre inférieur gauche à la suite d'affection osseuse. — Accouchement spontané à terme.* (Obs. recueillie par CHANOINE (3) dans le service de DEPAUL. Résumée.)

Femme de 28 ans, atteinte de l'âge de 4 à 14 ans d'une affection

(1) GUÉNIOT. *Loc. cit.*

(2) CHANOINE. Thèse de Paris, 1867.

(3) CHANOINE. Thèse de Paris, 1867.

osseuse ayant donné lieu à une suppuration abondante du membre inférieur gauche. Le membre abdominal gauche est visiblement atrophié.

Cette femme marche aisément, corrigeant l'inégalité du membre gauche par une bottine spéciale.

Accouchement spontané à terme d'un enfant pesant 3,200 gr.

Durée du travail, douze heures.

OBSERVATION 9. — *Paralysie atrophique du membre inférieur gauche datant de l'enfance. — Cicatrices au niveau de la fesse. Asymétrie du bassin. — Deux accouchements spontanés. — Enfants bien conformés.* (Obs. personnelle. Recueillie à la Maternité de Toulouse, service de M. le Dr BONNEAU.)

La nommée Maria W.... est entrée à la Maternité le 16 janvier 1890.

C'est une femme de 23 ans, exerçant la profession de culottière, et dont les antécédents héréditaires ne nous présentent rien de bien particulier à signaler.

Au point de vue de ses antécédent morbides, elle raconte qu'elle fut atteinte dans les premières années de sa vie, d'une affection grave qui lui fit garder longtemps le lit et sur la nature de laquelle elle ne peut nous fournir que des renseignements très incomplets.

Elle nous raconte seulement qu'au niveau de la fesse gauche existait une plaie dont la cicatrisation fut fort longue. On trouve en effet à ce niveau une cicatrice parfaitement manifeste.

Quoi qu'il en soit, depuis cette époque elle n'a pu marcher qu'à l'aide d'une béquille, le membre gauche étant resté depuis très atrophié.

L'examen du squelette de cette femme nous révèle les particu larités suivantes:

La tête et les membres supérieurs sont bien conformés. La colonne vertébrale a ses courbes normales dans la partie supérieure, mais présente une légère lordose à la région lombaire.

Le membre inférieur droit paraît bien conformé, pas de courbure au niveau du tibia, mais le gauche est considérablement atrophié, il a près de 11 cent. de moins que celui du côté opposé et dans l'attitude verticale ne peut arriver à toucher le sol.

Le bassin est notablement incliné du côté droit et la partie gau-

che paraît moins développée que la partie droite. C'est ainsi que si on mesure la distance qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'extrémité de l'ischion successivement des deux côtés on trouve que cette distance mesure 17 cent. du côté droit et seulement 15 cent. 1/2 du côté gauche.

Le toucher digital ne permet pas d'atteindre l'angle sacro-vertébral, ni la face antérieure du sacrum, mais permet cependant de s'assurer que l'épine sciatique du côté droit est plus saillante que celle du côté gauche. En un mot, sans être rétréci dans son diamètre antéro-postérieur, le bassin paraît présenter un certain degré d'asymétrie.

Cette femme est enceinte pour la seconde fois.

La première grossesse remonte à trois ans et s'est terminée par un accouchement à terme, d'un enfant vivant, venu par le sommet. L'accouchement a été spontané et le travail n'a pas présenté de longueur anormale. L'enfant est bien conformé et jouit d'une bonne santé.

La grossesse actuelle a débuté au mois de mai 1889. La dernière apparition des règles ayant eu lieu le 8 mai.

Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus vers la fin du troisième mois. La grossesse a été absolument normale.

L'examen obstétrical de cette femme nous permet de constater un développement régulier de l'utérus, qui est fortement porté à droite.

Le fœtus est mobile, mais se présente au moment où nous l'examinons par le sommet et se trouve en position O. I. G. A. L'auscultation permet d'entendre très nettement les battements du cœur, à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic.

Quelques jours après son entrée à la Maternité, le 11 février, cette femme entre en travail ; c'est, comme on le voit, quelques jours avant l'époque normale présumée, mais il est bon d'ajouter que la veille cette femme avait eu la permission de sortir et s'était beaucoup fatiguée.

La durée totale du travail n'a été que de 2 heures.

L'enfant présentait le sommet.

Il pesait 2 kilogr. 800 et était bien conformé.

Les suites de couches ont été normales, la mère et l'enfant ont quitté la Maternité en parfaite santé le 19 février 1890.

3° Atrophie congénitale des membres inférieurs.

L'atrophie congénitale des membres inférieurs s'accompagnant le plus généralement de malformations osseuses telles que genu valgum ou pied bot n'est pas absolument rare, cependant nous n'avons trouvé dans les différents auteurs aucune observation complète de grossesses survenues chez des femmes se trouvant dans ces conditions. Depaul dans son article *Bassin* du *Dictionnaire encyclopédique*, dit simplement :

« Sur une femme qui accoucha spontanément dans notre service d'un enfant du poids de 3,200 gr., on pouvait constater une atrophie du membre abdominal gauche avec pied bot varus très prononcé de ce même côté. Cependant malgré un examen attentif pratiqué sur le vivant, nous ne pûmes découvrir aucune déformation du bassin » (1).

Il n'est pas indiqué s'il s'agissait là d'une atrophie congénitale ou acquise, mais il est fort probable que Depaul fait allusion à l'observation plus complète rapportée dans la thèse de Chanoine, dont nous avons donné le résumé, et où il est dit que l'atrophie était consécutive à des lésions osseuses datant de l'enfance.

Nous avons pu recueillir une observation de ce genre des plus instructives dans notre service de la clinique obstétricale de Toulouse.

OBSERVATION 10. — *Atrophie congénitale des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche. — Pied bot. — Grossesse normale. — Accouchement spontané à terme. — Enfant bien conformé.* (Obs. personnelle recueillie à la clinique obstétricale de Toulouse, service de M. le Dr CHAMBRELENT.)

La nommée S..., Pauline, entre à la clinique obstétricale de l'École de médecine de Toulouse, le 28 mars 1890.

(1) DEPAUL. *Dictionn. encyclop.*, article *Bassin*, p. 198.

Elle est âgée de 17 ans.

Fille d'un père âgé de 45 ans et maladif, mais bien constitué ainsique sa mère, elle n'a eu ni frères, ni sœurs.

Dès sa naissance on a pu constater les lésions que nous aurons à décrire tout à l'heure, et qui ont retardé sa marche jusqu'à l'âge de quatre ans; à cet âge même elle n'a pu faire quelques pas que grâce à un appareil orthopédique.

Reglée pour la première fois à l'âge de quinze ans, elle ne l'a jamais été très régulièrement. Elle a eu une enfance maladive et est surtout sujette aux affections de poitrine.

Cette jeune femme est atteinte de lésions congénitales, portant sur les systèmes osseux et musculaires. Au point de vue du squelette, on constate l'existence d'un pied bot varus équin du côté gauche. Les tibias paraissent manifestement atrophiés. Genu valgum double.

Rien à noter du côté de la colonne vertébrale.

Le bassin paraît légèrement rétréci dans son diamètre transversal, les hanches sont très peu prononcées. La mensuration externe donne les résultats suivants :

1° Du milieu d'une crête iliaque à celle du côté opposé, 23 c. 5 ;

2° De l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre, 21 c. 2. Par la mensuration interne on ne peut arriver avec le doigt sur l'angle sacro-vertébral.

Au point de vue du système musculaire, on constate une atrophie très marquée des muscles de la région des cuisses et des mollets.

Circonférence de la cuisse droite à 8 cent. au-dessus de la rotule.................	0,35 cent.
Circonférence de la cuisse gauche........	0,37 cent.
Circonférence du mollet droit à 0,15 cent. au-dessous du bord supérieur de la rotule	0,24 cent.
Circonférence du mollet gauche..........	0,26 cent.

Du côté des membres supérieurs, l'atrophie est surtout marquée à gauche, il y a une différence de un centimètre entre la circonférence des deux avant-bras mesurés à la même hauteur.

Atrophie très marquée de l'annulaire et de l'auriculaire du côté gauche, de même que des éminences thénar et hypothénar du même côté.

Facies peu intelligent. Strabisme convergent. Sensibilité très émoussée de toute la surface cutanée.

Cette jeune femme fait remonter le début de sa grossesse au mois d'août 1889, cependant elle a encore été réglée le 5 septembre.

La grossesse a été normale.

L'examen obstétrical pratiqué le jour de l'entrée de cette malade dans le service nous permet de constater les faits suivants :

L'utérus a un développement normal, il occupe la ligne médiane de l'abdomen. Les parois abdominales sont assez fortement tendues.

Enfant en présentation du sommet.

Pas d'engagement de la tête.

Bruits du cœur normaux s'entendant sur la ligne médiane.

Le 27 mai 1890 à 9 heures du soir, début du travail.

L'enfant se présente par le sommet en O. I. G. A. Les douleurs sont peu intenses.

Le 28 mai, à 5 heures du soir, dilatation complète. Rupture artificielle de la poche des eaux.

A 6 heures, accouchement spontané. Enfant bien conformé du sexe féminin et pesant 2,860 grammes. Délivrance régulière.

Suites de couches normales.

Cette femme quitte le service le 4 juin, emportant son enfant en bonne santé.

Conclusions.

En résumé nous avons pu rassembler dix observations, qui représentent un nombre de vingt-cinq grossesses et accouchements chez des femmes atteintes d'atrophie plus ou moins marquée des membres inférieurs.

Au point de vue de la marche de la grossesse il a été noté seulement trois accouchements prematurés, mais les causes de cette terminaison de la grossesse avant le terme, ont paru dans les trois cas pouvoir être rapportées à des causes étrangères à la boiterie. Contrairement à ce qui a été avancé par quelques auteurs, nous ne croyons donc pas qu'il faille attacher trop d'importance au traumatisme constant qui résulte de la boiterie, pour craindre l'avortement ou l'accouchement prématuré chez les femmes qui en sont atteintes.

Nous avons vu que l'une des femmes que nous avons observées dans le service de M. le Dr Pinard, à Lariboisière, avait pu malgré sa boiterie très manifeste, se rendre à pied, au huitième mois de sa grossesse, de la Normandie à Paris, sans aucun dommage.

Dans deux cas seulement les grossesses se sont compliquées d'accidents, mais ces accidents paraissaient peu en rapport avec la lésion anatomique des membres inférieurs.

Dans la première observation de Blot, il y a eu hémorrhagie au septième mois, mais cette femme avait déjà eu 6 grossesses normales.

Enfin, dans notre seconde observation du service de M. Pinard, il y avait augmentation des crises épileptiques à chaque grossesse, et bien que ces crises puissent être considérées comme provenant d'une lésion des centres nerveux ayant quelque rapport avec l'atrophie des membres, on ne peut évidemment mettre la fréquence d'apparition de ces crises sous l'influence directe des lésions observées aux membres inférieurs.

En somme, la grossesse paraît généralement suivre son cours normal et ne pas s'accompagner de complications spéciales chez les femmes atteintes d'atrophie même très marquée des membres inférieurs.

Quant à l'accouchement, sur les vingt-deux cas où il a eu lieu à terme, une *seule fois* il a donné lieu à une intervention obstétricale. Il est vrai que dans cet unique cas (obs. de Leyde) l'intervention a consisté dans une opération césarienne, mais si on étudie de près cette observation, dont la rédaction laisse d'ailleurs beaucoup à désirer au point de vue obstétrical, on est en droit de se demander s'il n'y avait pas là des lésions osseuses d'origine rachitique.

Les vingt et un autres accouchements se sont toujours terminés *spontanément*, bien que dans deux cas (obs. personnelles) on ait pu noter des vices de conformation plus ou moins marqués du bassin.

Si donc on ne doit pas à priori se préoccuper outre mesure

de la terminaison de la grossesse chez les boiteuses par suite d'atrophie des membres, il n'en est pas moins vrai que l'examen très soigneux du bassin s'impose dans ces cas aux accoucheurs.

Les suites de couches ne nous ont pas paru offrir plus de gravité que chez les femmes bien conformées.

Enfin, quant à l'état de l'enfant, il n'a jamais été noté qu'il fût atteint du moindre vice de conformation en rapport avec l'état de la mère. Il est vrai que quelques observations sont muettes au sujet de l'état du produit de la conception, mais dans les observations qui nous sont personnelles, nous avons toujours eu soin d'examiner l'enfant à sa naissance et de nous enquérir soigneusement de l'état des enfants nés précédemment et jamais nous n'avons eu à constater le moindre vice de conformation.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

10e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE BERLIN

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (VIIIe Section)

Comité d'organisation : M. A. MARTIN (Berlin), gérant. *Membres :* FRITSCH, GUSSEROW, HEGAR, HOFMEIER, KALTENBACH ; LÖHLEIN, OLSHAUSEN, WINCKEL.

Secrétaires : J. VEIT, WINTER, DUHRSEN, BUDIN, A. DORAN, CUSHING, PESTALOZZA, MASSIN.

Présidents d'honneur : OLHSAUSEN, PÉAN, CHRORAK, etc. (1).

(1) Le retard apporté à la *publication* de ce numéro tient à la difficulté avec laquelle nous sommes parvenus à réunir les diverses communications faites au congrès. La tâche des journalistes n'a pas été facilitée en quoi que ce soit à Berlin. Nous avons dû faire de nombreuses démarches pour arriver à donner à nos lecteurs un exposé de ce qui s'est passé dans la section gynécologique, exposé encore imparfait, mais cependant plus complet, croyons-nous, que tous les comptes rendus publiés jusqu'à ce jour.

I. — De l'antisepsie obstétricale.

M. STADFELT (de Copenhague). — *Antisepsie obstétricale.* — L'antisepsie, convenablement dirigée, permet de faire des maisons d'accouchement des centres d'instruction sans dangers pour les accouchées. Le principe d'après lequel on joint aux maisons d'accouchement une succursale sous la surveillance des sages-femmes, est inutile, souvent même dangereux. L'introduction de l'antisepsie dans les accouchements a été très salutaire pour les nouveau-nés. Dans la pratique privée, les sages-femmes doivent tenir aseptiques leurs vêtements, leur personne et leurs appareils. Il faut recommander une propreté scrupuleuse, des antiseptiques facilement maniables et peu coûteux, de préférence l'acide phénique, et les sages-femmes ne doivent pas soigner les suites de couches quand l'accouchée est malade. Il faut veiller à ce que l'accouchée et son entourage soient aussi antiseptiques, mais il est à craindre que les injections vaginales, pratiquées par les sages-femmes, soient plus nuisibles qu'utiles.

Les sages-femmes doivent, pendant l'accouchement, pratiquer aussi peu que possible le toucher vaginal. Les cas de fièvre survenant pendant la puerpéralité doivent être signalés au médecin sanitaire, aussi bien par le médecin, quand il a fait l'accouchement, que par la sage-femme. Plusieurs cas de fièvre, survenant chez les accouchées d'une même sage-femme, nécessitent des mesures de désinfection énergiques et éventuellement une suspension de quelque temps.

GALABIN (London). — Les succès de l'antisepsie obstétricale, obtenus dans les salles d'hôpital, semblent avoir suivi l'emploi du bichlorure de mercure comme désinfectant, non seulement pour les mains et les instruments, tels que les sondes, mais aussi pour les irrigations vaginales faites d'une manière courante pendant et après le travail, comme pendant la période puerpérale.

Lorsqu'on compare les résultats obtenus, il y a encore quelques années avec les autres antiseptiques tels que l'acide phénique et le permanganate de potasse, on voit qu'on en arrive dans les hôpitaux anglais aux résultats suivants.

La mortalité totale a été réduite de 10 0/00 à environ 2 0/00 et la mortalité par septicémie ou inflammation pelvienne est tombée à moins de 1,5 0/00.

Le nombre des cas dans lesquels une pyrexie légère suit la délivrance a été diminué de moitié; mais les changements les plus remarquables ont surtout trait aux fièvres qualifiées de septiques. Celles-ci sont tombées de 40 à 2,5 0/0 au *General Lying-in Hospital* de Londres.

Ces résultats superbes ont été obtenus par l'emploi de matelas de crin, sans qu'il y eut besoin de faire des dépenses considérables de couchage et de refaire les matelas après la sortie des malades. Il n'a même pas été nécessaire de désinfecter ces matelas à l'étuve, à part les cas de mort.

Il semble aujourd'hui établi que la solution de bichlorure à 1 pour 4000 est insuffisante pour les lavages vaginaux et qu'une solution à 1 pour 2000 semble nécessaire au moins pendant les trois ou quatre premiers jours. L'hydrofluosilicate de soude récemment préconisé comme antiseptique ne semble pas pouvoir supporter la comparaison avec le bichlorure de mercure.

Laissant à ses corapporteurs le soin de déterminer quel est la meilleure manière de pratiquer l'antisepsie dans les hôpitaux, Galabin désire surtout établir quelles sont les précautions à prendre dans la pratique privée. Il considère qu'au point de vue de la désinfection des mains et des instruments, il faut prendre exactement les mêmes précautions qu'à l'hôpital. Aucun examen ne doit être fait avant d'avoir désinfecté les mains dans la solution de bichlorure à 1 0/00; comme corps gras il faut employer un antiseptique puissant tel que la solution de bichlorure dans la glycérine à 1 0/00.

Galabin propose enfin de discuter la question suivante : les douches vaginales de bichlorure doivent-elles être toujours employées dans la pratique privée, alors même qu'on a affaire à des cas normaux et, si oui, faut-il en faire une ou deux seulement, ou pendant toute la période puerpérale ? A quel titre faut-il employer alors la solution ?

Le biiodure a-t-il des avantages sur le bichlorure ? Est-il possible d'établir quels ont été les profits de l'antisepsie moderne dans la pratique privée ? L'usage des antiseptiques suffit-il à prévenir la contagion dans les cas de septicémie puerpérale ?

L'accoucheur doit-il, quand il a un de ces cas, suspendre au moins momentanément sa pratique obstétricale ? L'accoucheur court-il des risques en soignant des cas d'érysipèle ou de fièvre scarlatine ?

Quant à lui, Galabin pense que dans les accouchements nor-

maux, une seule douche vaginale de sublimé à 1 pour 2000 après la délivrance est suffisante, mais que les irrigations vaginales à 1 pour 5000 doivent être pratiquées pendant toute la période obstétricale. Après les opérations obstétricales sérieuses, ou quand survient de la fièvre, on doit avoir recours pendant quatre jours au moins aux irrigations vaginales à 1 pour 2000.

En terminant, Galabin déclare que l'élément le plus important en antisepsie dans la pratique privée est une désinfection réelle des mains de l'accoucheur et de la garde.

Fritsch (Breslau). — Chez les accouchées bien portantes, il n'y a lieu de faire aucun traitement vaginal. Dans les cas de fièvre légère, on se bornera à une surveillance très rigoureuse. Dans les cas de fièvre forte, on fera des injections intra-utérines. (Cette communication paraîtra *in extenso* dans le prochain numéro.)

II. — **De l'hystérectomie vaginale.**

M. Williams (Londres). — *Indication de l'extirpation vaginale de l'utérus dans les cas de cancer de cet organe.* — En ce qui concerne les indications de l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus, on doit distinguer les 3 catégories de faits suivants:

A. Cancer du corps ; B. cancer du col ; C. cancer de la portion vaginale du col. — A. Dans le cancer du corps de l'utérus les indications dépendent : 1° du volume de l'organe ; 2° de la mobilité de l'utérus et de l'importance des adhérences ; 3° de l'extension de la maladie aux parties voisines. — B et C. En ce qui concerne le cancer du col et en particulier le cancer de la portion vaginale, tout dépend de l'état anatomo-pathologique de l'utérus et de l'état général de la malade. 1° Pour ce qui a trait à l'état pathologique de l'utérus, il faut d'abord tenir compte de l'âge du cancer, de son point d'origine, de la direction suivie par le processus néoplasique, de la façon dont il progresse, etc. 2° S'il y a à la fois cancer du col et cancer du corps, on devra se rendre compte aussi du degré d'extension des lésions, de la façon dont ont débuté les deux localisations du cancer.

M. Schauta (Prague).— L'indication capitale de l'extirpation vaginale de l'utérus est le cancer de l'utérus. Peuvent être opérés tous les cas de cancer de l'utérus diagnostiquables, qu'il s'agisse d'un

cancer du corps du col, ou d'une portion quelconque de l'utérus. Les amputations partielles doivent être rejetées dans les cas opérables d'une façon radicale. — L'extension du néoplasme en profondeur constitue un des éléments essentiels du diagnostic opératoire. Il faut éviter l'opération dans les cas où la malade ne pourrait recouvrer sa santé sans courir des risques trop considérables. L'envahissement en surface, aussi bien par en haut que par en bas, même jusqu'aux insertions du vagin sur le col, n'est pas une contre-indication à l'opération, pas plus d'ailleurs que la propagation à la vessie ou au rectum ; le seul élément dont il faille tenir compte est le degré d'envahissement de ces divers organes. Pour établir le diagnostic entre une infiltration carcinomateuse du paramètre et une lésion de nature inflammatoire, l'examen sous le chloroforme par la voie rectale et le curettage de la masse cancéreuse ont une grande valeur. En outre des néoformations de mauvaise nature, les autres indications de l'hystérectomie vaginale totale, sont, au moins dans certaines circonstances, le prolapsus de l'utérus, les myômes utérins et l'*endométrite glanduleuse récidivante*.

S. Pozzi (de Paris). — *Sur quelques points contestés relatifs à la technique de l'hystérectomie vaginale.*

Au point de vue des indications :

1. On doit extirper la totalité de l'utérus dès qu'on a constaté la nature cancéreuse de l'altération du col. L'opération donne d'autant plus de chances de réussite immédiate et de longue survie qu'elle a été plus précoce.

2. L'hystérectomie n'est pas plus grave que l'amputation élevée du col (supra-vaginale). C'est une opération préférable, car il est impossible par l'examen clinique d'affirmer que le mal n'a pas dépassé les limites supérieures du col.

3. L'opération sera réservée aux cas où les limites de l'utérus n'ont pas été franchies. Après ce moment, les récidives sont très rapides, et le traitement palliatif (curage et cautérisation ignée) doit être alors adopté.

Au point de vue de la technique opératoire :

1. Il vaut mieux s'abstenir de faire basculer l'utérus, pour éviter l'infection de la plaie par le col utérin renversé et la rupture des trompes qui peuvent être malades.

2. La ligature préalable progressive des tissus, par petites masses, est préférable à la forcipressure. L'emploi des pinces à demeure

doit être un procédé de *nécessité*, exceptionnel, et non un procédé de *choix*, constant et systématique.

Le pincement en masse des ligaments larges expose à la blessure primitive de la vessie et de l'uretère (Richelot), du rectum (Duplouy, Küster, Vrobleski) ; tardivement, il expose à l'ulcération de l'intestin, à l'hémorrhagie secondaire (Coe), à l'occlusion intestinale (Coe), à la suppuration prolongée (Etheridge). Cette manœuvre rétrécit le champ opératoire et met un obstacle à l'ablation des annexes qui peut être nécessaire (pyosalpinx). Enfin, en mortifiant les parties de tissu pincées, elle s'oppose à une exacte antisepsie.

3. Il faut toujours explorer les annexes, après l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, et après l'extirpation de l'utérus. Si elles sont altérées (salpingite, altération kystique des ovaires), on doit les enlever, en dernier lieu.

Dans les cas où les annexes sont saines, on peut les laisser en place sans danger (Grammatikati, Glävecke), ce qui simplifie l'opération.

4. La résection des ligaments larges après cathétérisme préalable des uretères (Pawlik) ne saurait être adoptée comme méthode générale : *a*) parce qu'elle complique beaucoup la technique opératoire ; *b*) parce que, si les ligaments larges sont envahis, c'est une précaution insuffisante, et que, si les ligaments ne sont pas envahis, elle est illusoire.

5. Au lieu de suturer entièrement la plaie vaginale, il est préférable de la rétrécir simplement, et de drainer le cul-de-sac de Douglas avec une bandelette de gaze iodoformée.

M. Péan. — *Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale totale par morcellement.* — L'utérus, quand ses lésions n'occupent pas un grand volume, quand il a conservé sa mobilité et sa consistance, peut être extirpé très rapidement, grâce au pincement préventif des vaisseaux qui occupent ses parties latérales. Cette opération ne nécessite aucune ligature. Mais dans le cas où son tissu est ramolli par le processus inflammatoire, lorsqu'il est infiltré de pus ou lorsqu'une dégénérescence a altéré sa consistance, à plus forte raison quand il est le siège de tumeurs dont le volume atteint ou dépasse celui d'une tête de fœtus à terme, il est indispensable de le *morceler* pour en faire l'ablation.

Voici comment nous procédons dans ces cas : La malade, anesthésiée, est couchée sur le côté gauche, la vessie et le rectum ayant

été préalablement vidés et la vulve rasée. La cavité vaginale étant rendue aseptique et toutes les précautions antiseptiques ayant été prises du reste, deux aides, placés de chaque côté de la malade, maintiennent le vagin largement ouvert, au moyen de quatre valves coudées à angle droit.

L'opération, en elle-même, comprend les temps suivants : 1° l'abaissement et la dissection du col ; 2° l'hémostase des ligaments larges au moyen de pinces ; 3° l'ablation du col ; 4° le morcellement et l'ablation du corps de l'utérus.

1° L'abaissement du col est fait au moyen de pinces dentées. Avec des ciseaux droits et le bistouri on le sépare des tissus environnants, en remontant jusqu'au corps exclusivement. Cette dissection est faite sur toute la périphérie, de manière à séparer complètement l'utérus de ses insertions vaginales ; elle entraine nécessairement l'ouverture du péritoine.

2° L'hémostase des ligaments larges est faite à ce moment. On saisit avec des pinces à longs mors, et en les plaçant aussi haut que possible, les deux ligaments larges, près de l'utérus. Si les pinces ont des mors assez longs et si elles ont été bien fixées, on peut être certain qu'il ne s'écoulera pas de sang.

3° Pour extraire le col, après cette hémostase préventive, on le maintient abaissé au moyen d'une pince à dents tenue de la main gauche, pendant que la main droite, armée d'un bistouri droit, incise les parties latérales du col, de l'intérieur vers l'extérieur, dans toute leur hauteur. On résèque ensuite les deux moitiés du col utérin au moyen de ciseaux courbes ou du bistouri sans perdre de sang. Si un vaisseau venait à saigner par exception, il suffirait d'appliquer une pince hémostatique.

4° On incise ensuite le corps comme on a incisé le col, c'est-à-dire sur les parties latérales, et de dedans en dehors. On a divisé ainsi le corps utérin en deux moitiés, antérieure et postérieure. On saisit les deux moitiés l'une après l'autre, au moyen d'une forte pince à dents ; on abaisse d'abord la moitié antérieure dont on opère le morcellement, c'est-à-dire le fractionnement, en même temps qu'on morcelle la tumeur, s'il en existe une ; on agit de même avec la moitié postérieure, jusqu'à ce qu'on aperçoive le fond de l'utérus. Dans certains cas, on est forcé de commencer par la moitié postérieure.

Lorsqu'on aperçoit le fond, il faut compléter l'hémostase des

ligaments larges dont la partie supérieure est devenue accessible à la vue. On saisit alors ces ligaments avec de nouvelles pinces droites ou courbes, de telle sorte que l'hémostase préventive des ligaments larges est faite en deux ou trois temps : 1° pour l'incision des parties latérales de l'utérus ; 2° pour l'excision du fond. L'opérateur n'ayant plus à craindre d'hémorrhagie, excise le fond de l'utérus en continuant le morcellement. Cette opération se termine rapidement, sans aucune difficulté, quels que soient la friabilité du tissu utérin, la dureté des adhérences et le volume des productions morbides contenues dans l'utérus. Dans les cas où les ovaires et les trompes de Fallope sont suffisamment altérées on en fait l'ablation. On les attire en bas, on place une ou plusieurs pinces à long mors au-dessous et en dehors de ces organes, de manière à saisir tous les vaisseaux qu'ils reçoivent, et on résèque le long du bord interne de la pince. Le pansement et les soins consécutifs doivent appeler toute l'attention du chirurgien.

L'utérus enlevé, la voie tracée est assez large pour permettre de faire une toilette minutieuse du péritoine et de le débarrasser des débris qui peuvent y être restés adhérents. On fait soigneusement l'antisepsie du champ opératoire et des parties voisines ; on met une sonde à demeure dans la vessie, et on remplit le vagin de petites éponges antiseptiques remplies d'iodoforme et pourvues d'un fil résistant qui servira à les retirer.

Les pinces hémostatiques placées sur les ligaments larges doivent rester en place pendant 48 heures. Au bout de ce temps, on enlève les éponges et on retire les pinces en les ouvrant lentement et sans secousses. Nous n'avons jamais observé d'hémorrhagies au moment où l'on retire les pinces.

A partir de ce moment, il suffit de faire des lavages, trois fois par jour, avec une solution de sublimé.

Généralement les malades se lèvent le dixième jour et peuvent être considérées comme guéries le quinzième sans crainte d'accidents. Sur 60 malades ayant subi l'hystérectomie vaginale totale pour inflammations, suppurations ou adhérences nous avons eu 60 succès. Nous en avons obtenu 98 0/0 sur 200 malades ayant subi l'hystérectomie pour myôme.

Telle est la méthode du morcellement que nous appliquons depuis environ douze ans, à l'hystérectomie vaginale totale. C'est cette même méthode que nous avons proposée, il y a plus de trente

ans, pour l'ablation des tumeurs profondément situées, ou qui ont des rapports intimes avec des organes importants, qu'il est indispensable de ménager. Au moyen de cette méthode qui nous permet d'agrandir le champ opératoire, nous avons pu enlever des tumeurs réputées jusqu'alors inopérables.

De ce qui précède, nous concluons : 1° Quand il s'agit d'une tumeur épithéliale du col, on peut extirper par fragments le col dégénéré, avant d'abaisser et d'exciser le corps de l'utérus, de telle sorte que le péritoine ne soit pas sali par les débris ; 2° si le corps de l'utérus est envahi par un carcinome, on doit réséquer d'abord le col, puis on morcelle le corps utérin avec le produit pathologiqne, quelle que soit sa friabilité ; 3° dans les cas où l'utérus est ramolli ou détruit en partie par la suppuration, même s'il est rattaché aux organes voisins par de fortes adhérences, son ablation est facile ; 4° il n'en est pas de même quand l'utérus est le siège de myômes du volume d'une tête de fœtus à terme ; 5° l'ablation de l'utérus se fait constamment sans ligatures et sans hémorrhagies ; 6° l'hystérectomie doit être préférée à la castration tubo-ovarienne dans le traitement chirurgical des névralgies et des suppurations de l'utérus et de ses annexes, étant donnés les succès obtenus par notre méthode de morcellement ; 7° elle mérite également la préférence toutes les fois qu'il s'agit d'intervenir chirurgicalement contre les myômes du corps de l'utérus du volume d'une tête de fœtus à terme, attendu qu'elle donne des guérisons bien autrement complètes que la castration tubo-ovarienne, qui expose les malades à la récidive et à des éventrations consécutives.

M. Olshausen (Berlin). — L'extirpation vaginale totale de l'utérus dans le cancer de cet organe et dans quelques cas rares d'autres affections utérines constitue une opération excellente qui ne doit pas disparaître du domaine des opérations de la chirurgie gynécologique. Elle est actuellement employée dans un très petit nombre de cas, par suite de l'époque tardive où le diagnostic de carcinome a été posé. Les résultats immédiats diffèrent suivant l'étendue que l'on donne aux contre-indications ; mais même en opérant assez largement la mortalité ne dépasse pas 10 à 15 pour cent.

Il va sans dire que les guérisons durables ont été peu fréquentes. Mais si l'on fait un diagnostic précoce et si l'on opère de même, on obtient de bien meilleurs résultats que jadis. En tous cas les opérées non radicalement guéries après l'opération, ont en

général beaucoup moins de douleurs que les personnes qui n'ont pas été opérées. D'autre part les hémorrhagies et les pertes diminuent; mais il y a des exceptions. La récidive se produit rarement dans le vagin, mais plutôt dans les ligaments larges et les organes du petit bassin. Comme technique opératoire, l'extirpation par le vagin est dans la plupart des cas la meilleure opération. Elle ne peut être remplacée par l'incision périnéale. Ce n'est que dans quelques cas et surtout lorsqu'il y a propagation au vagin que l'incision périnéale par la méthode de Zuckerkandl pourrait être préférée.

Olshausen préconise les règles suivantes pour l'hystérectomie vaginale totale: désinfection préalable complète du carcinome; incision aussi large que possible autour du cancer dans le vagin; dégagement rapide et oblique du col; faire le moins possible de ligatures de vaisseaux. Ouverture de la cavité de Douglas avant de placer la première ligature en masse sur le premier des ligaments larges auquel on s'attaque, quand on est dans la cavité de Douglas. Le côté où les lésions sont le plus étendues doit être détaché le dernier. Après avoir enlevé l'utérus, on ferme le péritoine et le vagin par une suture. Emploi exclusif du catgut et refoulement en haut des deux pédicules. En procédant ainsi la guérison se fait de la façon la plus simple et presque toujours par première intention.

M. Léopold LANDAU (Berlin). — Avant de traiter des indications de l'extirpation totale de l'utérus, je voudrais dire quelques mots sur la technique de cette opération; d'ailleurs, la question des indications est sous la dépendance intime des perfectionnements apportés au manuel opératoire de cette opération. A mon avis, il importe peu qu'on discute pour savoir si l'on emploiera la suture et la ligature, d'après le procédé de Czerny, ou si l'on fera en sorte d'utiliser les modifications indiquées par Fritsch, Martin et bien d'autres; je crois bien plus important d'attirer l'attention sur la méthode française ou méthode des pinces à demeure (forcipressure), qui a été introduite en chirurgie par notre distingué président, M. le Dr Péan, et qui a été surtout employée dans l'hystérectomie vaginale par M. Richelot. Cette méthode en effet a une notable importance quand il s'agit de discuter les indications de l'intervention, car, à mon avis, elle élargit notablement le domaine de l'hystérectomie par la voie vaginale. En Allemagne, la forci-

pressure appliquée à cette opération, n'a eu aucun retentissement; du moins, je ne connais sur ce sujet aucune publication chez nous, et je pense être le seul à avoir utilisé ce procédé en Allemagne. Pour ces raisons, je crois qu'il ne faut tenir aucun compte des objections théoriques formulées chez nous par des auteurs qui n'ont pas pratiqué, suivant les règles indiquées, cette opération. Ainsi, je suis obligé de contredire M. le rapporteur, qui pense que la forcipressure ne vaut pas la ligature, et qui dit qu'avec la forcipressure, on n'atteint pas autant de ligament large, sur les côtés de l'utérus, qu'avec la ligature. C'est le contraire qui est la vérité. Il m'est arrivé, en plaçant bien les pinces, d'accomplir ce que je n'aurais jamais pu faire avec les ligatures, et cela dans des circonstances telles que je considère la forcipressure comme une méthode qui rend l'opération praticable dans des cas où la ligature serait très difficile; ce procédé élargit donc, comme je le disais à l'instant, le domaine des indications. On peut extirper un utérus *mobile*, comme on le veut, par n'importe quelle méthode, cela n'est pas douteux. Mais, quand il s'agit d'utérus *immobile*, et surtout d'un utérus fixé par des lésions inflammatoires, ou de l'infiltration carcinomateuse, comme celui que je vous montre (je l'ai extirpé récemment en 6 minutes 1/2 devant MM. Williams (Londres), E. Fraenkel (Breslau), etc., et que deux de mes collègues fort autorisés, avaient considéré comme impossible à enlever en raison de la fixation et de l'infiltration des ligaments larges), on ne peut arriver à un bon résultat que par la méthode des pinces. Si j'insiste sur le peu de durée de l'opération, ce n'est pas que je considère cette donnée comme capitale; pourtant on avouera qu'il y a une grande différence entre une opération qui dure une heure ou une opération qui n'exige qu'une narcose de 10 minutes. Je n'insiste pas non plus sur l'énorme économie de sang que l'on fait. Je ne crois pas davantage qu'on doive préconiser cette opération dans tous les cas de carcinomes utérins inopérables par la méthode des ligatures. Je constate seulement que ce procédé permet de reculer les limites de l'opération et nous oblige à opérer des malades que nous aurions dû abandonner à elles-mêmes, si nous n'avions eu à notre disposition que les ligatures.

On a fait remarquer en outre, pour nous empêcher d'opérer dans ces cas, que la bonne chirurgie exigeait que l'opération portât en plein tissu sain et que, dans les cas où les pinces seules seraient

à employer, l'on devait se borner à des grattages, des cautérisations chimiques ou des pointes de feu.

Mais, puisqu'il ne faut point dans ces cas songer à la guérison du cancer, je considère comme plus avantageux d'enlever en une seule fois par l'extirpation de l'utérus tous les tissus carcinomateux qui menacent de s'éliminer peu à peu par le processus nécrobiotique connu, plutôt que de les enlever peu à peu par différents moyens n'agissant qu'incomplètement à chaque intervention. Vous voyez que j'envisage ici l'extirpation de l'utérus comme un moyen de traitement palliatif du cancer et, à mon avis, cette manière de voir en vaut bien une autre. D'ailleurs j'ai constaté que le carcinome, à la guérison radicale duquel je ne crois guère quand il présente déjà une grande extension, peut rester 2 ans 1/2 sans récidives, quand on le traite ainsi ; peut-être même pourrait-il guérir !

Les façons dont on obtient la guérison dans les 2 méthodes est la même pour les opérées; en effet, les douleurs qui suivent l'application des pinces et persistent pendant leur séjour peuvent être réduites à un minimum presque insignifiant, quand on a acquis une notable expérience de la forcipressure. Puis, quand les pinces sont enlevées, — ce qui se fait dans le lit, — qu'on ait fait des ligatures ou employé la méthode des pinces à demeure, la guérison survient de la même manière. Je puis d'autant mieux apprécier la valeur de la forcipressure que j'ai moi-même fait toute une série d'opérations en me servant des ligatures.

J'ai perdu seulement trois malades sur 35 opérées d'hystérectomie vaginale par la méthode des pinces; l'une a succombé à un *coma diabétique*, une autre à l'*infection*, une autre enfin, à l'*iléus*. Je ne dirai rien ici des résultats définitifs que j'ai obtenus, voulant me borner à signaler la technique opératoire que j'emploie désormais.

M. Martin (Berlin). — Je conseille l'hystérectomie vaginale pour toutes les maladies de l'utérus impossibles à guérir par les moyens ordinaires, par exemple les métrites hémorrhagiques qui résistent à tous les traitements. Je ferme toujours avec soin la cavité péritonéale après avoir lié les ligaments larges.

M. Sajajzky (Moscou) a cité 65 cas d'hystérectomie vaginale opérés par lui et à ce propos a fait connaître la statistique de cette opération en Russie.

M. Péan. — Avant de lever la séance où a été discutée la ques-

tion de l'hystérectomie vaginale, M. Péan, qui la présidait, a tenu à remercier la section de l'honneur qu'elle a fait à la gynécologie française en le nommant président pour une séance où une opération si importante était discutée. Il faut bien le reconnaître dans cette section de gynécologie et d'obstétrique où sont inscrits tant de membres éminents, c'est la gynécologie qui a, la première, fait de grands progrès et montré la route à la chirurgie générale.

C'est elle qui nous a obligés à faire plus attentivement l'asepsie et l'antisepsie, à pincer avec soin les artères, à isoler les opérées, etc. Ces méthodes ont été ensuite appliquées avec un grand bénéfice à la chirurgie générale. M. Péan a alors déclaré la discussion close et a remercié à nouveau l'assemblée.

III. — **Indications et méthodes opératoires de l'accouchement prématuré artificiel.**

M. Calderini (Parme). — Les conclusions déposées par l'auteur ont été les suivantes : 1. Dans l'intérêt de l'enfant on doit abandonner la provocation de l'accouchement artificiel au-dessous de 7c 1/2 dans les bassins rachitiques. — 2. Dans les bassins rétrécis, non rachitiques, les précautions antiseptiques permettent de provoquer l'accouchement prématuré artificiel jusqu'à 8c 1/2 et même davantage dans certains cas. — 3. La mortalité des enfants nés vivants, à la suite de l'accouchement prématuré artificiel, peut être diminuée avec des soins spéciaux. — 4. Les précautions antiseptiques ont fait de l'accouchement prématuré artificiel une grande ressource thérapeutique dans beaucoup de maladies compliquant la grossesse. — 5. Les méthodes les meilleures pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel sont pour les bassins rétrécis, les douches chaudes avec l'irrigation ordinaire, à travers le spéculum de Fergusson et l'introduction d'une bougie pleine jusqu'au fond de l'utérus. Il est souvent convenable d'associer la ponction des membranes avec les méthodes sus-indiquées.

Le résultat des différentes méthodes opératoires employées en Italie dans les rétrécissements du bassin serait le suivant, d'après des statistiques récentes : La version pratiquée 65 fois aurait occasionné 3 fois la mort de la femme et 21 fois la mort de l'enfant ; soit 4,30 0/0 de mort pour la mère et 32,30 0/0 de mort pour l'enfant. Dans 193 cas de forceps au détroit supérieur, on a eu à enre-

gistrer la mort de 14 femmes et de 45 enfants, soit 7,25 0/0 de mort et 23,31 0/0. La perforation avec 144 cas fournit 20 morts, soit 13,88 0/0 de mortalité pour la mère.

L'opération de Porro pratiquée 59 fois a été suivie 19 fois de la mort de la mère et 9 fois de la mort de l'enfant, ce qui donne une proportion de 32,20 et 15,51 0/0 de mortalité, tandis que l'opération de Sänger a donné 10 morts de femmes et 2 d'enfants pour 23 cas, soit une proportion de 43,47 et 8,69 0/0.

Pour 305 cas d'accouchement prématuré artificiel il y a eu 14 décès pour les mères et 82 pour l'enfant, soit 4,59 et 26,88 de mortalité. Quant à la symphyséotomie, elle donne une proportion de 13,04 et 21,74 fournie par 3 décès de la mère et 5 de l'enfant sur 23 cas.

La mortalité des femmes semble croître de la version à l'accouchement prématuré artificiel, la symphyséotomie, au forceps, à la perforation crânienne, à l'opération de Porro et à celle de Sänger. La mortalité de l'enfant, au moment de l'accouchement, croît au contraire de l'opération de Sänger à celle de Porro, à la symphyséotomie, au forceps, à l'accouchement prématuré artificiel et à la version. Par suite les opérations qui doivent avoir la préférence dans les rétrécissements du bassin sont donc l'accouchement prématuré au-dessus de 75 millim., si la femme se présente à temps et la version, de préférence la version bipolaire, au terme de la grossesse.

Dans l'intérêt de l'enfant on devrait préférer l'opération césarienne; mais la mortalité des femmes est encore trop grande pour qu'on doive lui donner la préférence, dans les cas où sont praticables l'accouchement prématuré artificiel, la version ou le forceps, dont les résultats peuvent d'ailleurs s'améliorer encore.

M. Le Dʳ Dohrn (Kœnigsberg), corapporteur. — J'ai, pour ma part, pratiqué l'accouchement prématuré artificiel chez 76 femmes. En réunissant ces cas à ceux des autres accoucheurs allemands, j'obtiens un total de 318 accouchements prématurés artificiels avec une mortalité de mères de 5 0/0 et une proportion de 60 0/0 d'enfants conservés vivants. Ces résultats peuvent certainement être encore améliorés par une antisepsie rigoureuse et la détermination exacte des dimensions du bassin et du fœtus; mais il sont d'ores et déjà bien supérieurs à ceux de la crâniotomie et de l'opération césarienne. En effet, la première sacrifie l'enfant et donne, en outre, une mortalité plus élevée (5,6 0/0 dans les cliniques de Berlin, de

Halle et de Leipzig). Quant à la seconde, il est vrai qu'elle conserve la vie à 87 0/0 des enfants, mais la différence entre ce chiffre et celui de 60 0/0 pour l'accouchement prématuré artificiel n'est pas assez considérable pour compenser la plus grande mortalité de l'opération césarienne, qui est d'environ 8,6 0/0 (Léopold).

J'estime donc que l'accouchement prématuré artificiel est préférable à l'opération césarienne et à la crâniotomie, et qu'il est indiqué dans les bassins rétrécis (7 à 8 centimètres).

IV. — **Du courant galvanique constant en gynécologie.**

M. Apostoli (Paris). — Le courant galvanique constant trouve son indication principale en gynécologie dans l'endométrite et le fibrome; souverain contre les troubles circulatoires et douloureux (aménorrhée, dysménorrhée et métrorrhagie), il est d'un puissant secours pour arrêter l'évolution des néoplasmes bénins et aider à la résorption des exsudats péri-utérins. Il exerce une action résolutive très salutaire dans beaucoup de phlegmasies péri-utérines et dans certaines ovaro-salpingites catarrhales; mais il est inefficace et même nuisible à haute dose, surtout si le pôle intra-utérin est négatif, contre les phlegmasies suppurées des annexes.

Son intolérance variable, qui grandira avec l'état inflammatoire des annexes, devra servir de précieux moyen de diagnostic pour nous fixer sur l'existence et la nature des collections liquides (hématiques ou suppurées) péri-utérines, méconnues, ou simplement soupçonnées, et devra servir à précipiter, dans ce cas, une intervention chirurgicale retardée ou refusée.

Les applications galvaniques élevées, employées d'une façon variable, au-dessus de 50 milliampères, suivant la tolérance des malades et les multiples indications cliniques, forment la base fondamentale de la méthode d'Apostoli.

Si l'application vaginale du courant galvanique (qui est la méthode créée par M. Chéron pour les fibromes seulement, et appliquée depuis par A. Martin, Brachet, Ménière, Onimus, Carpenter, Mundé, etc.) donne des résultats, ils sont très inférieurs à ceux des applications *intra-utérines* qui doivent rester la *méthode de choix*.

a. — Parce qu'elle utilise avant tout le maximum du courant débité et de son énergie.

b. — Parce qu'elle utilise l'action antiseptique du pôle positif

qui est toute locale, et qui s'éteint dans le circuit interpolaire, et au niveau du pôle négatif.

c. — Parce qu'elle met souvent à contribution l'action dérivative et caustique de l'application intra-utérine, traitant ainsi du même coup, soit l'endométrite simple, soit l'endométrite qui complique si souvent et les fibromes et les phlegmasies péri-utérines, assurant ainsi une guérison plus rapide, plus complète et plus permanente.

d. — Parce qu'elle permet mieux que les applications vaginales d'atténuer la douleur et de rendre plus tolérables l'emploi des hautes doses, et qu'elle assure enfin une efficacité plus grande en rendant possible un accroissement de l'intensité appliquée et de l'irrigation sanguine qu'elle entraîne.

L'innocuité de sa thérapeutique intra-utérine s'affirme : d'abord par l'innocuité parallèle des méthodes chimiques et sanglantes de curage intra-utérin, et surtout par les chiffres des statistiques recueillis dans le monde entier, et en particulier par la sienne. — De juillet 1882 à juillet 1890, il a fait 11,499 applications galvaniques qui se répartissent ainsi : — 8,177 galvano-caustiques intra-utérines positives; 2,486 galvano-caustiques intra-utérines négatives; 222 galvano-punctures vaginales positives; 614 galvano-punctures vaginales négatives.

Il a traité 912 malades comprenant : 531 fibromes, 133 endométrites simples et 248 endométrites compliquées de phlegmasies péri-utérines et qui se divisent en :

Clinique : 313 fibromes, 70 endométrites simples, 163 endométrites compliquées de phlegmasies péri-utérines.

Cabinet ou ville : 218 fibromes, 63 endométrites simples, 85 endométrites compliquées.

Il a eu trois décès, imputables à des fautes opératoires (deux galvano-punctures, dont une pour fibrome sous-péritonéal, et l'autre pour une ovaro-salpingite; une galvano-caustique pour un kyste de l'ovaire pris pour un fibrome).

Il a observé 30 cas de grossesses survenues après des applications galvaniques intra-utérines.

Traitement de l'ostéomalacie.

M. Truzzi (Milan) lit deux observations d'*ostéomalacie traitée par la castration.*

1er cas : Femme de 27 ans, de Milan, ayant depuis une première grossesse des douleurs ostéomalaciques ; à la seconde grossesse, le bassin s'est rétréci, et l'accouchement est devenu nécessaire. La maladie progresse. Salpingo-oophorectomie double. On ne trouve pas d'altération des annexes. Les douleurs se sont rapidement amoindries ; aujourd'hui elles ont disparu, et la maladie ne fait plus de progrès ; les déformations ne s'accentuent pas.

2e cas. Ostéomalacie non puerpérale ; femme de 34 ans, très affaiblie. Douleurs ostéomalaciques. Diminution de la taille ; amaigrissement ; mouvements impossibles. Scoliose dorsale droite ; déformation du bassin. On fait l'ovaro-salpingectomie bilatérale. Pas d'altération visible des annexes ; cependant, l'ovaire gauche pesait 13 grammes, et était un peu épaissi. On trouva dans son intérieur un petit foyer de sarcome. Suites opératoires régulières. Amélioration très notable. L'interprétation de ces faits reste toujours fort obscure.

Discussion. — M. Fehling (Bâle) ; M. Loehlein ; M. Winckel.

M. Marocco (Rome) a vu le rachitisme guérir, par le courant galvanique. Comme l'ostéomalacie et le rachitisme sont deux maladies connexes et très analogues, constituant toutes deux des maladies générales du tissu osseux, peut-être devrait-on essayer le courant galvanique dans l'ostéomalacie. Il conseille à ses collègues de tenter ce mode de traitement avant d'opérer.

Pelvimétrie.

M. Skutsch (Iéna) présente deux pelvimètres destinés à calculer les dimensions du bassin.

M. Budin dit à ce propos quelques mots sur les mensurations du bassin et en particulier sur la mensuration du diamètre transverse. Les instruments de M. Skutsch sont ingénieux, mais paraissent rappeler beaucoup ceux de Van Huevel et de Depaul ; pour la mensuration interne du bassin on a, en France, depuis 1875, un pelvimètre qui permet d'avoir des appréciations non pas à un centimètre, mais à un millimètre près. Les méthodes auxquelles a recours M. Skustch sont surtout des méthodes indirectes, les méthodes directes seraient certainement préférables. Malheureusement, quand on sort du domaine de la théorie pour entrer sur le terrain pratique les choses ne sont pas aussi simples. Dès qu'on appuie avec l'extrémité du doigt et surtout avec l'extrémité d'un

instrument métallique sur la paroi osseuse interne du bassin recouverte de parties molles, on détermine des douleurs qui sont parfois très vives. Pour bien faire la mensuration instrumentale, souvent il faut que la personne soit anesthésiée, mais pour employer le chloroforme il doit y avoir nécessité.

La mensuration du diamètre transverse du détroit supérieur, si rarement faite, peut cependant rendre des services. M. Budin y a eu recours dans plusieurs circonstances, en particulier en 1878, chez une femme dont le bassin était très rétréci et qui voulait qu'on pratiquât chez elle l'avortement, comme cela avait déjà été fait une première fois. Le diamètre antéro-postérieur et le diamètre transverse du détroit supérieur furent mesurés directement la femme étant anesthésiée. Ces deux dimensions étant tracées sur le papier, on établit approximativement à l'aide des renseignements fournis par le toucher, la forme de l'ouverture pelvienne.

Cette ouverture doit laisser passer la masse plastique et plus ou moins réductible de la tête fœtale : quand elle est dessinée sur le papier, on peut, avec un mètre en étoffe, mesurer la longueur de son pourtour, se reportant alors à la circonférence moyenne de la tête aux différents âges de la vie intra-utérine, apprécier à quel terme de la grossesse on peut faire l'accouchement prématuré ; dans le cas auquel il fait allusion plus haut, M. Budin provoqua l'accouchement prématuré le 7e mois, l'expulsion eut lieu rapidement ; malheureusement la malade ne fut pas assez surveillée par la personne chargée de ce soin, et l'enfant vint mort. L'accouchement spontané avait prouvé que les mensurations avaient donné des résultats suffisamment exacts. La mensuration directe du diamètre antéro-postérieur avec l'instrument de Crouzat, par exemple, peut donc rendre de grands services. On arrivera peut-être dans cette voie, à des résultats pratiques.

Des résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus.

M. Bouilly (Paris). — Il m'a paru intéressant de connaître et de communiquer les résultats éloignés d'une opération entrée depuis quelques années dans la pratique gynécologique courante. Cette recherche est la meilleure manière de savoir dans quelle mesure nous rendons service à nos opérées ; elle nous fournit la justification de notre intervention et représente le mode le plus sûr d'appréciation des indications opératoires. Le chirurgien qui peut

chez ses malades comparer le passé avec le présent possède de précieux documents d'après lesquels il a le droit de se guider dans l'avenir. Une statistique personnelle de ce genre, même petite, mais rigoureusement exacte, vaut mieux pour son éducation que la lecture de longues colonnes de chiffres empruntés à des temps et à des auteurs différents. C'est une statistique de ce genre que j'ai l'honneur de soumettre au Congrès.

Pour bien limiter le sujet et ne pas aborder un ensemble de faits déjà connus, je laisserai de côté tout ce qui a trait à l'ablation des kystes de l'ovaire proprement dits. L'accord est parfait sur la conduite à tenir en pareil cas et sur l'excellence des résultats immédiats et éloignés. Je dois me borner ici à l'étude des résultats fournis par l'ablation des ovaires et des trompes atteints de lésions inflammatoires, d'origine le plus souvent septique, et présentant une symptomatologie variable suivant la nature, le siège et l'évolution de ces lésions. J'étudierai aussi les résultats fournis par la castration appliquée au traitement des fibromes de l'utérus, cette castration pouvant porter sur des organes sains ou malades.

Les faits que j'ai observés, et sur lesquels est basé ce travail, sont compris dans une période de 3 ans, de 1887 à 1890 ; les opérations pratiquées depuis le commencement de cette année jusqu'à ce jour sont trop récentes pour figurer dans l'étude actuelle. Dans leur ensemble, les faits sont au nombre de 51, mais les résultats ne peuvent être fournis que sur 45 faits bien établis, plusieurs malades ayant succombé aux suites immédiates de l'opération, d'autres n'ayant pu être retrouvées. Je puis fournir comme absolument certaines et définitives les observations prolongées de ces 45 malades.

La variété des lésions, aussi bien que la différence des résultats thérapeutiques, nécessite tout d'abord une classification des faits que mes observations me permettent d'établir de la façon suivante :

I. — *a*. Pyo-salpingites et ovarites suppurées ;

b. Salpingites catarrhales et interstitielles avec leurs sous-variétés, hydro- et hémato-salpingites.

c. Ovarite scléreuse et kystique avec péri-ovarite.

II. — *a*. Dans une seconde partie, je fournirai les résultats donnés par l'ablation des annexes dans le traitement des fibromes utérins.

Il me paraît nécessaire de faire remarquer que toute classification

de ce genre est forcément artificielle et incomplète. Dans nombre de cas, les lésions de l'ovaire et de la trompe sont associées ou existent à des degrés variables d'un côté à l'autre ou du même côté ; en outre, leur propagation au péritoine joue un rôle important dans la symptomatologie, qu'on ne saurait faire apprécier dans l'étude de l'anatomie pathologique. On est donc obligé de classer les lésions d'après l'organe le plus atteint ou d'après leur degré le plus accentué pour ne pas charger la dénomination des faits. Tout gynécologiste saura bien faire la part des choses.

J'ai pu et je peux encore suivre 28 malades opérées depuis plusieurs années de salpingites ou ovarites suppurées et de salpingites catarrhales ou interstitielles compliquées ou non de lésions des ovaires. Les salpingites ou ovarites purulentes comprennent des cas dans lesquels le pus a toujours été reconnu macroscopiquement, où la suppuration a varié depuis quelques grammes jusqu'à un litre et plus avec tous les intermédiaires. Les poches purulentes n'ont pas été simplement ouvertes et divisées ; elles ont toujours été enlevées après décortication et pédiculisation, souvent après rupture de la paroi et effusion du pus dans l'abdomen.

L'intervention en pareil cas nécessite les manœuvres abdominales les plus complexes, les plus difficiles et les plus périlleuses. En revanche, les quelques revers donnés par cette opération sont largement compensés par les résultats définitifs consécutifs aux succès bien plus nombreux que les échecs. Sur 28 malades opérées dans ces conditions, j'ai des notes précises et récentes sur 24 régulièrement observées et suivies. Ces 24 femmes, *grandes invalides* avant l'opération, clouées au lit d'une manière permanente, ou en proie à des poussées péritonéales récidivantes mettant à chaque fois leur existence en question, sont revenues à une santé parfaite, ont retrouvé la vie qu'elles croyaient compromise à tout jamais. C'est merveille de voir leur transformation physique et morale ; elles représentent un des plus brillants succès de la clinique abdominale. Une seule, une des premières opérées, souffre encore parfois de douleurs vagues dans l'aine et la cuisse droite, et le toucher révèle chez elle du reliquat d'une périmétrite antérieure à l'opération.

En revanche, chez toutes les autres, les culs-de-sac vaginaux sont devenus libres, souples et indolents et l'examen actuel ne pourrait faire soupçonner les anciennes indurations, bosselures et tuméfactions caractéristiques des lésions des annexes.

Chez trois malades, opérées d'un seul côté, les règles ont persisté; mais elles sont devenues régulières, indolentes et peu abondantes, revêtant ainsi les caractères précisément inverses qu'elles avaient avant l'opération. Chez les autres ayant subi une ablation bilatérale, *une fois* les règles ont persisté et vont toujours en diminuant d'abondance, *trois fois* elles sont revenues à intervalles irréguliers et avec abondance, dans l'année qui a suivi l'opération, pour ne plus reparaître; chez toutes les autres, elles n'ont plus jamais paru.

Les écoulements utérins muqueux ou purulents, antérieurs à l'opération ont toujours disparu, sauf dans un cas ayant nécessité le curettage.

b. Bien différents et moins utiles ont semblé les résultats éloignés fournis par l'ablation des salpingites, dites catarrhales. Il s'agit ici de lésions variées commençant à l'inflammation de la muqueuse tubaire, avec épaississement des parois musculaires et fibreuses de la trompe, propagation au péritoine, adhérence aux organes voisins, pouvant se compliquer de la rétention de liquide muqueux (hydro-salpinx), ou de la production d'hémorrhagies dans la cavité tubaire dilatée (hémato-salpinx). Au point de vue symptomatique, le maximum des symptômes douloureux semble devoir être attribué à la péritonite péri-annexiale, aux adhérences et aux traitements dont elle est la cause primitive, avec exacerbations douloureuses provoquées par toutes les causes de raptus congestif ou d'ébranlement abdominal.

Chose remarquable, au point de vue des résultats éloignés, c'est-à-dire au point de vue du soulagement des douleurs, le maximum des succès appartient à l'ablation des lésions en apparence les plus accentuées. Tandis que l'ablation des hémato-salpingites et des hydro salpingites volumineuses est suivie d'une sédation immédiate des douleurs (2 cas de chaque variété), la même opération destinée à enlever des trompes et des ovaires petits, enveloppés dans des fausses membranes solides, fortement adhérents, ne donne que peu de résultats et reste suivie d'une prolongation des douleurs à peine atténuées par l'intervention. L'explication de ces insuccès ne saurait être trouvée autre part que dans l'ablation incomplète des organes ; dans les deux cas auxquels je fais allusion, les ovaires et les trompes ne purent être amenés que par lambeaux ; une partie du tissu ovarien déchiré dut être abandonnée dans les profondeurs du bassin, et les femmes restèrent réglées, douloureuses et

nerveuses. Et la preuve des insuccès par extirpation incomplète m'est fournie de suite par un cas analogue où je pus très complètement enlever la trompe enflammée, adhérente sur une longue étendue à l'S iliaque, enveloppée de fausses membranes péritonéales qui purent être décollées et enlevées.

L'extirpation complète fut suivie d'un succès complet. Et s'il paraît paradoxal au premier abord que l'ablation de petites lésions donne de moins bons résultats que l'extirpation de grosses tumeurs, tout s'explique si l'on a remarqué que l'extirpation est plus difficile et plus incomplète dans le premier cas que dans le second. La réaction péritonéale persiste et persistera tant que reste l'épine ovarienne ou tubaire. C'est la périostite qu'entretient le chicot dentaire !

Enfin, chez une malade dont les lésions peuvent être classées à la fois dans les salpingites catarrhales et les dégénérescences scléro-kystiques de l'ovaire, la première attaque d'hystérie éclata 26 jours après l'opération et fut suivie pendant un an et demi de phénomènes nerveux hystériformes qui vont s'atténuant avec le temps, mais auxquels la suppression des annexes ne semble pas étrangère.

Cette dernière observation me fournit une transition facile pour parler maintenant des résultats éloignés fournis par l'ablation des annexes de l'utérus dirigée contre certaines lésions encore mal caractérisées des ovaires. Je veux parler de ces lésions décrites souvent sous le nom de « dégénérescence scléro-kystique des ovaires » ou d' « ovaires à petits kystes ».

D'après l'examen de pièces assez nombreuses et l'étude clinique de ces faits, je crois qu'il s'agit, en pareil cas, d'une variété d'ovarite, d'origine infectieuse avec péri-ovarite ; les lésions ovariennes multiples et variées sont tantôt une transformation polykystique, tantôt une sclérose du stroma ovarien, tantôt des hémorrhagies inter ou intra-folliculaires. Mais, en outre, le plus souvent, l'organe ou les deux organes sont déplacés, ont contracté de nouveaux rapports et surtout son entourés de fausses membranes péritonéales plus ou moins résistantes, suivant leur ancienneté. Adhérences à la trompe, adhérences aux parois du bassin, prolapsus adhérent dans le cul-de-sac de Douglas ou dans son voisinage, petites collections séreuses péritonéales juxta-ovariennes, telles sont les lésions le plus souvent observées. Aucune tendance à la suppu-

ration ; intégrité ordinaire de la trompe simplement vascularisée dans son revêtement péritonéal.

La symptomatologie peut se résumer en quelques mots : douleurs, invalidité, tendance au nervosisme avec phénomènes d'ectasie gastrique, avec développement fréquent d'idées noires et provocation facile à la morphiomanie.

Chez quelques malades, l'utérus répond aux irritations ovariennes douloureuses par des métrorrhagies et des écoulements muqueux à apparition rapide, d'apparence aqueuse, véritables *larmes* de l'utérus d'origine réflexe, simulant l'évacuation d'une trompe hydropique. Quelquefois aussi le tissu de l'utérus s'hypertrophie et prend les caractères décrits sous le nom de gigantisme utérin.

J'ai des renseignements précis sur les 10 malades que j'ai opérées dans ces conditions jusqu'à la fin de 1889. Dans *tous* les cas, la guérison immédiate a été obtenue et s'est maintenue définitive. C'est merveille le plus souvent de voir avec la lésion disparaître la douleur ; les malades ne « sentent plus leur ventre » suivant une expression qui leur est favorite. La marche redevient possible, le caractère se modifie heureusement dans le sens de la gaieté et de l'affabilité ; la transformation est complète et reste complète. Chez les malades où l'ablation fut bilatérale, les règles furent définitivement supprimées et cette suppression définitive et totale semble cadrer avec le *maximum* de guérison. *A fortiori*, la métrorrhagie et les écoulements aqueux profus disparaissent pour être remplacés de temps à autre par une sécrétion glandulaire du col, véritables *règles blanches*.

Et chose étonnante, cette suppression rapide des règles chez des femmes jeunes, devant présenter encore longtemps le phénomène de la menstruation, n'entraîne aucun véritable inconvénient et ne provoque chez quelques-unes que des bouffées de chaleur et de sueur durant en moyenne deux années. A intervalles plus ou moins éloignés, une épistaxis ou une poussée congestive hémorroïdaire témoigne encore d'un molimen congestif. Une malade, opérée des deux côtés, voit du sang d'une manière irrégulière depuis 1888 et se plaint encore de poussées congestives douloureuses du côté du bassin. Par une anomalie inexplicable, et malgré cette durée anormale des pertes utérines, cette femme est plus gênée que celles chez qui la suppression menstruelle est définitive, et récemment

encore elle présentait une énorme fluxion parotidienne faisant craindre une poussée d'oreillons ou une parotidite suppurée. La fluxion s'évanouit comme par enchantement dès que se produisit un écoulement sanguin par l'utérus.

Dans 3 cas où l'utérus était hypertrophié, la diminution de volume de l'organe put être rapidement constatée et se produisit dès les premiers temps qui suivirent l'opération.

Je rapproche de ces faits l'observation d'une malade hystérique chez laquelle sur sa propre instance et celle de son médecin, je pratiquai l'ablation bilatérale des annexes parfaitement saines.

L'opération ne fut suivie d'aucun résultat ; la douleur et les bizarreries de caractère ne furent pas modifiées, les règles persistèrent abondantes et douloureuses. La vie de douleur et d'infirmité s'est continuée. Je n'ai jamais renouvelé une pareille tentative. Si l'ablation d'organes malades est utile et justifiée, l'ablation d'organes sains ne modifie en rien ni l'état local, ni l'état général. Qu'on ne prenne donc le couteau que si les signes physiques d'examen des ovaires démontrent ces organes déplacés et accessibles, adhérents, douloureux à la pression, augmentés de volume ou hérissés d'inégalités. La chose est alors bonne et justifiée, d'autant plus sûre dans ses résultats éloignés qu'il y avait plus de lésions capables d'expliquer les douleurs et ses divers retentissements.

Je peux répéter presque dans la même forme les résultats éloignés que m'a fournis l'ablation des annexes appliquée au traitement des fibromes. J'ai 11 fois pratiqué cette opération pour combattre les hémorrhagies dues à un fibrome de l'utérus ou arrêter le développement rapide de la tumeur. Le double résultat a toujours été obtenu : l'arrêt des hémorrhagies et la diminution du fibrome ont toujours suivi de près la castration. Dans 8 cas, tout fut fini et resta fini dès l'opération : les règles et les pertes disparurent comme si l'on fermait la source du liquide ; chez 2 opérées, quelque temps après l'intervention, des hémorrhagies reparurent et l'examen démontra que le fibrome, interstitiel quelques mois auparavant, était devenu sous-muqueux, pédiculisé, énucléé du tissu utérin. L'ablation par morcellement par la voie vaginale mit fin à tous les accidents.

Dans un cas, les règles persistèrent pendant deux ans, mais très faibles, très atténuées, avec un retour complet à la santé et

une atrophie progressive du fibrome. Le fibrome était gros, l'ablation des annexes avait été laborieuse ; je m'accuse probablement d'avoir laissé un peu de tissu ovarien. Enfin, je pourrais citer 4 cas opérés depuis 1890, et où les résultats sont absolument bons.

De pareils résultats sont encourageants ; s'il est vrai que l'hystérectomie abdominale totale peut seule triompher des gros fibromes dont le volume rend la castration impossible ou inutile, l'ablation des annexes me semble devoir constituer la méthode de choix contre les hémorrhagies et le développement de la tumeur, quand celle-ci est encore petite, et si elle présente des dispositions anatomiques pouvant compliquer ou aggraver son ablation totale. La simplicité, la bénignité et l'efficacité de la castration lui assurent la première place dans le traitement des fibromes de petit et moyen volume.

De cette communication à la fois trop longue et trop concise, dans laquelle j'ai touché à beaucoup de points qui demanderaient de longs développements, je crois pouvoir tirer quelques conclusions générales :

a) Les résultats éloignés de l'ablation des annexes sont excellents, d'une manière incontestable, quand l'indication est formellement fournie par la *présence* et la *nature* de lésions tubaires ou ovariennes. De ces lésions je place au premier rang les salpingites et ovarites suppurées, petites et grosses ; au deuxième rang, les *ovarites* et *péri-ovarites* douloureuses.

Dans ces deux formes, les résultats sont parfaits et aucune autre thérapeutique ne saurait utilement remplacer le traitement radical.

b) Les succès éloignés paraissent moins favorables après l'ablation de certaines salpingites catarrhales ou interstitielles compliquées de paramétrite, dans lesquelles l'extirpation *totale* est difficile et incertaine.

c) Le traitement des accidents nerveux par l'opération chirurgicale ne doit s'adresser qu'aux cas dans lesquels l'exploration des organes les démontre nettement altérés ; les résultats définitifs sont d'autant meilleurs que les lésions anatomiques sont plus nettes et plus facilement appréciables.

d) L'ablation des annexes *malades* ne semble exercer aucune influence fâcheuse sur la vie ultérieure des femmes que, dans bon nombre de cas, l'opération rend à l'existence et à la santé.

Myômes utérins.

M. CH. BOISLEUX (Paris). — *De la myomotomie.* — A la clinique du Dr Martin à Berlin, M. Boisleux a eu l'occasion d'examiner 10 cas de myômes pour lesquels le Dr Martin avait fait l'amputation supra-vaginale de l'utérus suivie de l'ablation du col soit par le vagin, soit par l'abdomen.

Dans ces 10 cas il a ensemencé des morceaux de muqueuse du fond de l'utérus, et surtout il insiste sur ce point, des morceaux de la partie du col qui dans le mode opératoire habituel serait resté dans la cavité péritonéale (pédicule). 4 fois sur 10 il a rencontré des germes dans le fond de l'utérus, une fois entre autres en telle quantité que l'on ne pouvait les compter sur les plaques de gélose, surtout à la première dilution. Dans 2 cas il a rencontré des microbes pathogènes dont l'inoculation a été suivie de la mort de l'animal (cobayes, souris). 7 fois sur 10 il a rencontré des germes dans la partie du col qui dans le mode opératoire ordinaire (amputation supra-vaginale simple) aurait servi de pédicule et eût été abandonné dans la cavité péritonéale. De la présence de ces germes et surtout des germes pathogènes, il conclut à la nécessité de l'antisepsie la plus rigoureuse dans cette opération et surtout à la *cautérisation du pédicule* avec le thermo ou galvano-cautère. Il conclut également à la nécessité de cautériser la muqueuse utérine de la même façon dans les cas de myômes intra-pariétaux, où bien souvent la muqueuse utérine est atteinte et comprise dans la plaie. Ce mode de cautérisation est le plus sûr et le plus antiseptique que nous ayons. L'auteur croit avec M. le professeur Küstner, qu'elle n'est pas si sujette qu'on l'a dit à provoquer des adhérences.

A ce propos M. Boisleux dit quelques mots sur l'*asepsie* ou l'emploi exclusif de l'eau bouillie, et de pièces à pansements stérilisées (gaze, éponges) ; et l'*antisepsie* ou l'emploi de solutions d'acide phénique, sublimé, etc., ou de gaze et étoffes à pansements, imprégnées de ces substances. Quand peut-on faire de l'asepsie? Quand *doit-on faire de l'antisepsie?* On peut faire de l'asepsie dans les kystes de l'ovaire simples parce qu'ils sont presque toujours stériles, dans les myômes sous-péritonéaux, dans la grossesse extra-utérine. L'œuf humain est par lui-même stérile comme

M. Boisleux a eu l'occasion de le constater chez le Dr Martin dans les cas d'ablation de l'utérus gravide pour les myômes utérins. L'œuf humain ne se décompose que s'il est infecté secondairement. On doit employer l'antisepsie toutes les fois qu'il y a des tumeurs malignes, sarcomes, carcinomes; des tumeurs purulentes, pyosalpingites, abcès de l'ovaire, abcès pelviens. *La quantité de pus ne fait rien à l'affaire*; c'est la virulence du pus qui importe. On peut parfois répandre sans danger un litre de pus dans la cavité péritonéale, sans que la femme opérée éprouve aucun accident; mais par contre d'autres fois *une goutte de pus peut à elle seule infecter une malade et causer sa mort :* d'où la nécessité d'employer les antiseptiques dans tous les cas, parce que dans l'état actuel de la science nous ne pouvons savoir à l'avance si l'abcès est virulent ou s'il renferme un produit atténué et inoffensif. Les antiseptiques ont pour but non de détruire, mais d'empêcher le développement des germes infectieux *qui peuvent être* contenus dans le pédicule de la tumeur, sur la paroi de l'abcès ou dans le pus épanché dans le péritoine.

M. Calderini (Parme) présente un *myôme enlevé chez une femme enceinte* par le procédé de Martin (énucléation). Cette femme présentait des accidents péritonéaux graves, dus à la propagation à la séreuse péritonéale de lésions complexes de la trompe d'un côté. M. Calderini extirpa cette trompe en même temps que le fibrome. La malade a guéri; la grossesse continue.

Du tamponnement intra-utérin (1).

M. le Dr Auvard (Paris). — *Du tamponnement intra-utérin en obstétrique.* — Préconisé par Dührssen en 1887, le tamponnement intra-utérin consiste, la délivrance étant faite, à fixer et attirer le col de l'utérus au voisinage de la vulve, et à l'aide de pinces ou simplement des doigts à bourrer toute la cavité utérine de gaze iodoformée à 20 0/0. On laisse le tampon 24 heures en place; puis on le retire en exerçant des tractions sur l'extrémité de la bande qui pend à la vulve. Ce tamponnement a été tour à tour essayé par Fraipont, par Auvard et de nouveau par Dürhssen.

Le dernier et plus complet travail sur la question date de 1889, moment auquel Dürhssen fait une communication sur ce sujet au

Congrès gynécologique de Fribourg. Il réunit 65 cas, sur lesquels il y a eu 6 morts se décomposant ainsi : 3 morts par anémie et syncope ; 1 par septicémie ; 1 par éclampsie ; 1 par tuberculose.

Ces deux derniers cas ne peuvent être comptés au passif de la méthode. Les quatre premiers sont discutables ; toutefois on peut les accepter pour établir le chiffre de la mortalité ; soit 4 morts sur 65 cas, auxquels on doit ajouter deux nouveaux cas de la pratique personnelle de M. Auvard où cet auteur a appliqué la méthode avec d'heureux résultats pour la patiente.

Donc au total, 4 morts sur 67 cas, c'est-à-dire mortalité 6 0/0.

Ainsi que le prouve ce chiffre, le tamponnement est un moyen inoffensif ; mais de plus il constitue un moyen hémostatique puissant. Sur les 67 cas dont il vient d'être question trois morts ont été causées par la syncope consécutive à l'anémie ; mais dans ces cas le tamponnement avait été fait trop tard, et ne saurait être déclaré responsable de l'issue funeste.

En somme, de ce qui précède, il résulte :

1° Que le tamponnement intra-utérin est un procédé d'hémostase sans danger réel, puisqu'avec lui la mortalité n'est que de 6 0/0 au plus, et vraisemblablement moindre en réalité ;

2° Que le tamponnement intra-utérin est un moyen hémostatique puissant dans les hémorrhagies post partum ;

3° Qu'il mérite d'être essayé, employé et probablement adopté dans la pratique obstétricale.

M. Pascali a fait le tamponnement de l'utérus contre les hémorrhagies *post partum* car ces hémorrhagies sont fréquentes dans les pays à impaludisme. Il a employé le même procédé qu'Auvard. Ce moyen est bien plus efficace que les injections chaudes contre les hémorrhagies.

M. Fochier (Lyon). — Dans deux cas de placenta prævia il a fait le tamponnement utérin ; ce tamponnement détermine parfois des douleurs expulsives.

M. Duhrssen (de Berlin). — Depuis que j'ai fait connaître ma première statistique sur le tamponnement intra-utérin, il m'a été communiqué un assez grand nombre de cas, où ce traitement a été employé. Je n'ai pas fait encore le relevé exact, mais le total s'élève à 200 environ. Or, les résultats obtenus dans ces nouveaux cas confirment ceux que j'ai fait connaître précédemment.

M. Vuilliet (Genève) rappelle qu'il fait depuis longtemps le

tamponnement intra-utérin, mais dans des utérus qui ne viennent pas d'expulser un fœtus. Il y a des pays où l'utérus est très sensible à l'iodoforme et en Suisse, en particalier, il a vu des cas d'iodisme après semblable tamponnement. Il faut donc faire ce tamponnement à la gaze iodoformée avec précaution dans les pays de montagnes où le goitre est fréquent et où les malades sont très sensibles à l'iode.

M. Kochs (de Bonn) dit qu'on peut faire désormais le tamponnement intra-utérin avec la gaze ordinaire, non iodoformée. Il suffit pour cela de l'avoir stérilisée au préalable dans une boîte spéciale qu'il montre. De la sorte on ne craint plus l'empoisonnement iodoformé. C'est, d'ailleurs, le procédé qu'emploie aujourd'hui M. Dührssen lui-même. M. Kochs rappelle qu'on a recommandé l'inversion artificielle de l'utérus pour arrêter les hémorrhagies post partum.

M. Vuilliet (de Genève) fait passer des photographies et des moules qui montrent jusqu'à quel point on peut *dilater l'utérus* par le procédé qu'il a décrit jadis. Certes, il y a des cas qui résistent à une dilatation aussi grande; mais, même pour ces cas-là, c'est encore le tamponnement qui amène la plus grande dilatation. Ce procédé de dilatation lui semble le meilleur car il n'est pas douloureux. Il constitue, en outre, une sorte de drainage de l'utérus. Il rend de très grands services dans les cas d'endométrite invétérée.

L'objectif physiologique en gynécologie. Nécessité d'une chirurgie conservatrice.

M. Doléris (Paris). — La gynécologie a traversé trois périodes très distinctes : période obstétricale, période médicale, période chirurgicale, et chacune d'elles lui a apporté son contingent utile ; données anatomiques, physiologiques, pathologiques ou thérapeutiques.

Lorsqu'on étudie l'évolution de la gynécologie dans les différents pays, on voit qu'elle n'a pas été la même partout; mais partout on retrouve, à un moment quelconque, l'influence prédominante de l'obstétrique, de la médecine interne ou de la chirurgie.

Après des tâtonnements commandés par l'insuffisance ou l'insuccès de la thérapeutique médicale, la gynécologie est entrée

résolument dans la voie chirurgicale, et nous assistons certainement à sa phase la plus brillante, celle où elle a compté les progrès les plus rapides et donné les résultats les plus certains. Il serait donc injuste de ne point persister, mais il n'en faut pas moins reconnaître que des tentatives ont été faites et qu'il s'en fera encore, sans doute, pour la ramener à certaines pratiques dites médicales, plus anciennes et moins sévères en apparence que celles de la chirurgie actuelle.

Ces essais de retour à la prépondérance de la thérapeutique dite médicale, sont, à ce qu'il me semble, la preuve qu'il manque à la gynécologie une base solide, ou que du moins, cette base est méconnue par beaucoup de gens dans le choix des interventions. Ils prouvent aussi qu'il existe dans le public médical des éléments nombreux de réaction alimentés par les succès apparents ou réels de la chirurgie gynécologique.

Ce sont ces deux points que je veux, non pas étudier à fond, mais signaler à l'attention du public gynécologique.

Je crois qu'il est nécessaire, en effet, d'éveiller dans la masse récalcitrante ou hostile, parce qu'elle ne comprend pas, parce qu'elle ne sait pas faire, ou qu'elle se méfie, cette idée que les procédés thérapeutiques que nous employons ne sont point désormais liés à des hasards ou à des caprices opératoires, mais qu'ils sont déduits d'idées scientifiques solides.

La physiologie, telle est la base de ces idées et leur point de départ. La conservation de la fonction, tel est le but primordial.

Il me suffira de parcourir rapidement le domaine gynécologique pour faire saisir ma pensée.

Endométrite du corps. — Si d'abord on considère l'affection commune entre toutes, l'endométrite du corps de l'utérus, faut-il accepter qu'il est indifférent de détruire la muqueuse malade avec un instrument forcément limité dans son action, la curette, ou avec un caustique violent ? Des deux façons on guérit, disent les adversaires de l'instrument; le choix est donc indifférent; et il se trouve des chirurgiens pour accepter qu'il y a parité dans les effets obtenus. Cet éclectisme est commode, mais il n'est point scientifique. En effet, sans sa muqueuse, l'utérus n'est rien, c'est la muqueuse qui constitue l'organe essentiel de la nidation et de la nutrition de l'embryon. Elle est la *matrice* véritablement.

Son élément noble est la cellule déciduale et si l'on voulait

réduire la muqueuse utérine à un schéma, c'est par la cellule déciduale qu'il la faudrait représenter. Elle élabore les premiers aliments destinés à l'embryon, et si j'en crois mes recherches personnelles sur la caduque humaine, recherches postérieures à celles de Masquelin-Swaen, Creighton, etc., sur la caduque des animaux, c'est elle qui par ses transformations diverses constitue, par fusionnement, le réseau néo-vasculaire du placenta définitif. Détruire la muqueuse dans son épaisseur entière, c'est détruire irrémédiablement la fonction ; or, les caustiques violents à demeure dans la cavité utérine donnent ce résultat malheureusement trop souvent.

Sous prétexte de réaction contre le curettage, nous avons vu récemment réapparaître l'usage du chlorure de zinc, il faudrait dire l'abus ; et, outre les accidents, des faits nombreux ont été notés de disparition de la fonction menstruelle, d'atrésie excessive du conduit utérin, et même de dystocie grave. Dans un cas publié par Fochier de Lyon, il existait au moment de l'accouchement un anneau cicatriciel épais et incoercible au-dessus de l'orifice interne, assez résistant en somme pour empêcher le passage du fœtus et nécessiter l'embryotomie.

C'est donc ici que l'anatomie et la physiologie interviennent pour dire : celui qui met au contact de la muqueuse utérine un caustique violent doit savoir qu'il risque de ne laisser point trace d'éléments vivants de cette muqueuse, et qu'une cicatrice fibreuse rétractile, tissu mort pour la fonction, stérile par conséquent, remplacera la muqueuse malade mais vivante. Au contraire la curette qui abrase la même muqueuse laisse persister et vivre des parcelles du derme, des cul-de-sacs glandulaires logés entre les faisceaux superficiels de la musculeuse. Le lavage antiseptique de la surface abrasée suffira à assainir ces vestiges sans les détruire. Il reste là, comme après la déhiscence de l'œuf dans l'accouchement, la graine nécessaire et suffisante à la restauration d'une nouvelle muqueuse.

Entre ces deux procédés il ne faut donc pas dire qu'il y a parité puisqu'en résumé l'un c'est la vie persistante, l'autre c'est la mort de l'organe dans sa fonction unique. Lorsque malgré tout, le praticien choisit l'un ou l'autre des procédés, il est bon qu'il sache au juste ce qu'il choisit. Ce sont là de petites choses, mais je pense qu'il est bon d'y insister parce que ce sont là des choses de tous les jours.

Métrite cervicale. — Je passe à la métrite cervicale qui d'ailleurs prête à des considérations analogues.

En présence de l'ectropion inflammatoire rebelle, la tentation est grande d'user des caustiques à titre d'essai au début, à titre définitif quand il s'agit du fer rouge.

On sait que l'épidermisation de l'ectropion ainsi obtenue est peut-être plus souvent le point de départ de l'inclusion folliculaire, et par suite de la métrite cervicale scléro-kystique que d'une atrophie définitive de la muqueuse malade. C'est donc là un résultat hasardeux qu'il faut éviter.

La chirurgie conservatrice doit donc s'armer du couteau et détruire les tissus malades par une section nette. L'opération plastique qui enlève est le moyen conservateur par excellence. Ce n'est pas le moins singulier contraste de cette situation qui nous montre qu'ici la prudence est dans l'action chirurgicale, et que la conservation fonctionnelle totale est dans le sacrifice d'une partie, non dans les méthodes prétendues palliatives.

Je suis hautement partisan du traitement plastique des lésions du col dès que le processus tend à la chronicité. Même dans les cas qui paraissent assez simples, l'expérience m'a démontré que les moindres de ces lésions sont souvent incurables par tout autre traitement.

Déformations. — Les déformations d'origine inflammatoire, comme l'*allongement du segment moyen* avec flexion exagérée et atrésie de l'*orticum internum*, la déformation de la portion vaginale avec atrésie et déplacement de l'*ostium externum*, surtout quand elles s'allient au développement anormal du vagin, mettent obstacle à la fécondation; même quand le processus inflammatoire qui a causé les autres lésions a disparu à la longue, spontanément ou par suite d'un traitement, souvent il persiste des conditions mécaniques défectueuses. Il faut remarquer que ces conditions anormales sont absolument l'inverse de celles qui existent chez la femme vierge que l'on peut considérer comme présentant les conditions idéales pour la conception.

On constate l'ampliation exagérée du cul-de-sac du vagin là où devrait exister une calibration régulière ou cylindrique ; on trouve la longueur exagérée de la portion vaginale du col et l'étroitesse de l'orifice là où devrait exister un col court et suffisamment ouvert. Je rappelle l'altération inflammatoire de l'appareil de sécré-

tion du col qui s'y ajoute. La restauration de l'état physiologique peut dès lors se formuler par cette donnée à réaliser : « Remettre approximativement les parties comme elles sont dans l'état virginal. » Le but est net, précis et justement il cadre avec les lésions.

Ici la chirurgie, pour être conservatrice, sera, permettez-moi le mot, impitoyable pour chaque élément pathologique. La reconstitution plastique des organes doit marcher de conserve avec la guérison de l'inflammation. Il ne faut pas qu'une fois la femme guérie de la *maladie*, le but physiologique de la restauration fonctionnelle ayant été méconnu ou négligé, la stérilité persiste. Il ne faut pas, dis-je, que la possibilité de la conception devienne affaire de chance, il faut que le résultat soit préparé volontairement, intentionnellement, par le gynécologue qui intervient.

Dans cet ordre d'idées, la conduite doit être franchement active et c'est dans ces conditions, je crois, que la chirurgie restauratrice de la fonction, a le devoir de viser au plus haut et au plus parfait résultat qu'elle puisse atteindre.

Déviations. — Je ne voudrais pas m'étendre plus longtemps sur la question des déviations utérines, principalement le prolapsus et les rétro-déviations, mais ici encore il y a un choix à discuter avec l'aide des bases anatomo-physiologiques.

Il me semble que beaucoup d'idées théoriques ont prévalu, qui n'auraient jamais été solidement défendues si on avait pensé à mettre en œuvre le rôle naturel des soutiens et des ligaments des organes au lieu d'user d'artifices éphémères et antiphysiologiques.

Je pense qu'en eux-mêmes, tous les procédés basés sur les adhérences artificielles de la matrice avec le péritoine pariétal sont des procédés aléatoires en ce qu'il n'est pas permis de compter sur de telles adhérences comme soutiens solides. Tous les jours nous voyons des adhérences séreuses s'allonger, s'affaiblir et parfois disparaître. Quel peut donc être le sort de celles qui unissent le fond de l'utérus à la paroi abdominale ? Elles sont sans aucun doute à la merci d'un accident, d'un effort, d'un traumatisme et finalement d'un retour spontané de l'organe à sa position anormale.

Si par hasard la femme devient enceinte, il ne peut être douteux que l'utérus perdra ses adhérences avec la paroi du ventre. Il y a

des cas heureux, je ne l'ignore pas, mais il se peut qu'ils appartiennent surtout à des cas de rétroversion légère ou simple, ou bien à des déviations compliquées d'inflammation des annexes, dont on a pratiqué l'extirpation.

La discussion pourrait m'entraîner trop loin; mais je pose la question de savoir s'il ne convient pas mieux de restaurer les supports naturels de l'utérus et les ligaments utérins qui sont des agents physiologiques dont la destination mécanique est démontrée largement, que de créer des rapports anormaux aux organes par le moyen d'un processus pathologique parfaitement infidèle. Pour moi, la réponse est faite : j'ai trouvé dans les opérations plastiques vaginales, combinées aux résections des ligaments allongés ou devenus atones à leur extrémité périphérique, la réalisation pratique du retour à l'état normal. J'ai vu la grossesse survenir 7 fois dans de telles conditions sur une statistique de 60 cas environ, dans le court espace de 3 années ; dans un cas j'ai guéri la stérilité chez une femme mariée depuis 7 ans et je possède nombre de cas non personnels du même résultat. A côté de ces faits j'ai vu le retour de la déviation dans près de la moitié des cas après la fixation abdominale de la matrice et je ne pense pas que la stérilité ait jamais été guérie par ce procédé.

S'il s'agit de déviations liées à des tumeurs inflammatoires des annexes la question se complique et déjà nous arrivons à la discussion de la conduite à suivre dans les cas particuliers de la salpingite, de l'ovarite et des exsudats péritonéaux autres de la trompe et de l'ovaire.

Ovaro-salpingite. — Je ne veux pas recommencer le débat entre le procédé qui sacrifie radicalement les organes enflammés et celui qui consiste à attendre beaucoup des procédés d'expectation unis à une thérapeutique conservatrice.

Sans être conservateur à outrance, je ne saurais cacher que j'ai été souvent bien inspiré en réservant pendant plusieurs mois une opération radicale, car j'ai vu la guérison obtenue par ce que nous appelons les *petits moyens*, c'est-à-dire : dilatation de la matrice, curage, drainage prolongé, révulsifs, repos, balnéation, massage, électricité, etc. Je ne puis mieux faire que de fournir les résultats d'une statistique assez nette pour être publiée.

Sur 140 cas pris dans une période d'observation de 2 années et suivis assez longtemps, j'ai obtenu, dans plus du tiers des cas, par

de simples conseils médicaux, le repos, les révulsifs, etc., une amélioration suffisante, pour que les malades aient refusé une intervention quelconque.

Dans 30 autres cas, plus rebelles et avec récidives multiples, j'ai fait la thérapeutique intra-utérine avec succès, sauf dans 8 cas où il s'agissait 2 fois de végétations papillaires de la trompe (endo-salpingiennes), une fois de kystes multiples et volumineux du pavillon qui succédaient à l'atrophie des lésions salpingitiques, 3 fois de pyosalpinx, 2 fois de grossesse tubaire abortive ancienne. Reste donc un total de 22 malades qui sont restées sinon guéries, du moins assez améliorées pour ne sentir aucun trouble de l'affection ovaro-salpingienne, et si je les considère simplement comme améliorées, ce n'est pas qu'elles se plaignent, mais uniquement parce que j'ai occasion de les revoir de temps à autre et que je trouve encore des vestiges de l'ancienne maladie.

Dans 25 cas ou j'ai opéré des lésions *salpingo-ovariques* invétérées liées à une déviation, rétroversion ou prolapsus, je reconnais seulement *deux* insuccès, l'un causé par un fibroïde du segment moyen de l'utérus et l'autre par un développement kystique multiloculaire de l'ovaire. Dans les autres cas, la guérison de la déviation a été obtenue ainsi que la cessation complète des troubles dépendant de l'inflammation des annexes. Deux malades sont devenues enceintes : l'une, stérile, est arrivée à terme, l'autre a avorté par suite d'un cathétérisme intempestif, au deuxième mois.

Enfin dans 39 cas, j'ai opéré d'emblée la laparotomie et l'extirpation en raison de la répétition fréquente des récidives, ou de la coexistence de petits néoplasmes, ou de l'existence à peu près démontrée de lésions indéniables par leur ancienneté, telles que pyosalpinx, hématocèles tubaires, ovarites hémorrhagiques à gros kystes, tumeurs diverses, etc.

En résumé, je puis donc dire que, si dans un tiers des cas environ j'ai opéré primitivement l'extirpation des annexes, dans 39 cas, secondairement dans 10 autres, ce qui porte à 49 le chiffre des femmes opérées de la statistique de deux années, j'ai guéri *symptomatiquement* les deux autres tiers sans opération ou avec des interventions minima.

De plus, sur le chiflre des femmes non opérées radicalement, j'ai observé avec les 2 cas de grossesse précédemment cités,

7 autres cas, ce qui fait plus d'un dixième pour cent, et je le répète, l'observation ne porte que sur deux années et sur les malades assidûment suivies.

La conclusion naturelle de ces faits est qu'il y a toujours intérêt à commencer le traitement par la thérapeutique dite médicale, suivie par la chirurgie *minima* et ne recourir aux sacrifices définitifs qu'après échec des autres moyens.

Dans un certain nombre de cas on pourra, ou bien il *faudra* procéder d'emblée à l'extirpation.

Fibro-myômes. — Je veux finir maintenant par la question des néoplasmes utérins dont l'histoire se lie à l'évolution des processus fibroïdes diffus ou conglomérés.

L'hémorrhagie et l'accroissement de volume en sont les signes habituels : la douleur s'y ajoute quelquefois.

Parlons des fibroïdes au début.

J'ai entendu vanter avec autorité le sacrifice des annexes ou de la matrice elle-même dans ces cas, qui généralement sont caractérisés uniquement par l'hémorrhagie et dans lesquels on ne peut que suspecter une évolution fibroïde. Je puis apporter ici la démonstration que l'examen patient et direct, uni à la mise en pratique des petits procédés de la chirurgie suffisent parfois à éviter de tels sacrifices, irréparables autant que fâcheux chez les jeunes femmes.

J'ai acquis l'expérience que, par la dilatation progressive qui s'obtient avec les tentes et qui au bout de vingt-quatre à trente-six heures permet déjà le toucher intra-utérin et rend la paroi utérine aussi accessible à la palpation que peut l'être une membrane souple et amincie, le gynécologue peut arriver à découvrir aisément l'existence de fibromes souvent très petits et non soupçonnés. Dans une quinzaine de faits j'ai pu pratiquer ainsi par une intervention rapide l'énucléation de fibromes inclus profondément dans les parois utérines dont la grosseur pouvait varier d'une cerise à une noix.

La dilatation large et progressive par les tentes a rendu saillantes ces différentes tumeurs et leur ablation par la voie intra-utérine a été très aisée le plus souvent.

Je crois en vérité que ce qui manque le plus aux gynécologues modernes habiles dans les grandes pratiques chirurgicales, c'est un peu de patience et le goût du retour à ce qu'avait de bon la

vieille gynécologie. De là à démontrer que le procédé conservateur de l'énucléation sous-séreuse préconisé par Martin rentre absolument dans ma thèse il n'y a qu'un pas; aussi a-t-il été largement adopté en France dans les cas qui offrent les conditions favorables à son succès.

J'aurais aimé dire quelques mots du carcinome utérin et du parallèle entre l'hystérectomie totale et l'hystérectomie qui a été à peine touchée par quelques orateurs ici même, parler aussi de l'ablation de l'utérus dans les prolapsus invétérés et excessifs, mais cette dissertation est déjà trop longue.

D'ailleurs il y a une double considération qui domine ces deux conditions : la première c'est que là *où existe le cancer,* on ne saurait jamais accuser un procédé d'être trop radical et, pardonnez-moi le mot, trop destructeur; la seconde, c'est que le prolapsus invétéré, que l'on ne rencontre guère que chez les vieilles femmes, n'a rien à voir avec la conservation de l'espèce, et ici il faudrait craindre d'être trop conservateur. Tout au plus peut-on critiquer le choix des méthodes. Je crois cependant qu'en pareille matière, chaque opérateur connaît mieux que personne ses goûts, ses capacités et ses aptitudes opératoires et pourvu que le but soit rempli, on ne pourrait guère incriminer ses préférences.

Je n'ai pas voulu, dans cette trop longue excursion à travers la chirurgie gynécologique, prétendre tracer des règles; mieux que personne je sais nos desiderata. Je sais que j'ai comme chacun beaucoup à apprendre, mais il m'a paru utile de signaler ce que j'appelle *une condition de succès* de la gynécologie active : c'est la garantie de l'objectif à atteindre. Je crois, en un mot, que la *période physiologique* de notre art est devenue la condition *sine quâ non* de sa stabilité et de ses progrès. Les grands sacrifices dans les néoplasmes dangereux, la chirurgie active, le sacrifice à outrance, soit; mais dans les troubles inflammatoires ou mécaniques, dans les néoplasies bénignes, la patience et la chirurgie réparatrice ou conservatrice; telles sont les deux lignes de conduite qui résument ma pensée.

L'avenir, à mon avis, est aux plus habiles et aux mieux avisés qui guériront sans détruire; il est à ceux dont la tâche restera renfermée dans cette chirurgie conservatrice plus artistique plus brillante et certainement plus ardue, par conséquent plus stimulante que celle dont le seul et unique objectif est l'extirpation

radicale des organes. L'avenir est en un mot aux procédés de *restauration* et de *conservation*, non à ceux de *destruction*.

Grossesse extra-utérine

M. le Dr CH. BOISLEUX (Paris). — *Un cas de grossesse extra-utérine au 3e mois ; terminaison spontanée.* — Expulsion de la membrane déciduale. — Guérison de la femme. — Préparations microscopiques. (Observation inédite.)

Mme Ca...., âgée de 34 ans, de Paris, réglée à 18 ans, irrégulièrement jusqu'à son mariage, mariée à 21. A 24 ans, fausse couche de 3 mois, suites normales. A 25 ans, pelvipéritonite à la suite de ses règles ; alitée 3 mois ; douleurs très vives avec élancements à gauche, vésicatoire. A 28 ans, accouchement à terme et suites de couches normales : enfant vivant.

30 mai 1889. Deuxième fausse couche, d'environ 5 mois, douleurs vives dans le côté gauche, alitée 3 mois, menstruation régulière, 6 à 7 jours, peu abondante. Dernières règles, 9 mars 1890.

Du 10 au 15 avril, pertes abondantes avec caillots ; du 15 au 20 avril la malade a perdu tous les jours quelques gouttes de sang.

Le 20. Potion avec 2 grammes d'ergotine.

Le 21 et les jours suivants les pertes continuent.

Le 24. Potion avec 2 grammes d'ergotine, la malade perd de plus en plus.

Le 27, elle est obligée de s'aliter.

Le 29, un autre médecin prescrit une potion avec 3 grammes d'ergotine, lavements laudanisés 2 fois par jour.

Le 3 mai, la malade est alitée, exsangue ; pouls petit, 120 pulsations à la minute, la malade perd toujours et se plaint de douleurs dans la jambe droite ; au toucher, on sent un col mou, entr'ouvert qui laisse présumer une fausse couche. L'utérus est en antéflexion, le col coudé sur le col ; l'utérus est hypertrophié et de plus immobile et comme incarcéré dans le petit bassin. A gauche de l'utérus, tissu résistant, lardacé ne permettant au doigt de distinguer aucune tumeur. A droite, le cul-de-sac latéral est plus souple, et en un point situé immédiatement à côté de l'utérus

on trouve un pont membraneux se laissant déprimer comme les membranes fœtales dans l'accoucnement à terme. De plus, en arrière, vers l'espace de Douglas on sent une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Diagnostic : avortement imminent; suppression de l'ergotine, continuation des opiacés.

4 mai. Même état.

Le 5. Examen avec le spéculum de Sims : col hypertrophié, bleuâtre ; l'orifice externe ne laisse pas pénétrer l'extrémité du doigt ; à droite du col on aperçoit un point ramolli et membraneux de 1 à 2 centimètres de diamètre ; gaze iodoformée dans le vagin.

Le 6. La malade a eu quelques douleurs utérines à la suite du tampon de gaze ; les pertes sont arrêtées, douleurs persistantes dans la jambe droite.

Du 6 au 10, même état. Le 10 et le 11, pertes avec caillots. Le 12, les pertes ont cessé, mais la malade se plaint toujours de douleurs dans la jambe droite, bien que l'on ne voie de ce côté ni trace de lymphangite, ni œdème. Le 18, la malade a eu quelques douleurs et perdu quelques caillots. Le col est cependant toujours fermé. Le 21, nouvelles douleurs, qui se terminent par l'expulsion de caillots sanguins. L'orifice externe est fermé. Le 24, la malade a eu 6 heures de douleurs aussi fortes que les douleurs de l'expulsion pendant l'accouchement, douleurs simultanées très vives dans la cuisse surtout au niveau du triangle de Scarpa ; ces douleurs, d'après la description de la malade, suivaient le trajet des nerfs antérieurs et postérieurs de la cuisse. A la suite de cette crise de douleurs la malade expulsa par la matrice une membrane, dont j'ai recueilli quelques morceaux.

Voici des préparations microscopiques provenant de 2 ou 3 séries de coupes ; les noyaux sont colorés à l'hématoxyline, et le fond de la préparation avec l'acide picrique. Je n'ai pas trouvé de villosités choriales, ni de restes d'œuf, mais bien une membrane déciduale organisée (1).

(1) 1° De la structure de la membrane déciduale (*cellules rondes et fusiformes dont le corps est très développé comparativement au noyau qui est resté petit*), je conclus à une grossesse certaine.

2° De l'absence de villosités choriales et de parties fœtales dans cette membrane, je conclus à une grossesse extra-utérine, siégeant au point où j'avais senti une tumeur offrant un ramollissement spécial.

3° La chute de la membrane déciduale me fait conclure à la mort du kyste fœtal, *pronostic favorable excluant toute opération.*

Du 24 mai au 6 juin, pertes sanguines peu abondantes. Du 6 au 26, les pertes ont cessé, la malade est restée alitée. Du 26 juin au 2 juillet, retour des règles. Le 6, j'ai examiné de nouveau la malade, la tumeur droite était réduite, le pont membraneux que j'avais senti à droite était comblé et remplacé par le tissu vaginal souple sans solution de continuité.

Le 26, second retour des règles, la femme est complètement rétablie et n'a aucune douleur dans la jambe droite. Il s'agit donc ici d'une grossesse extra-utérine au 3e mois qui a évolué heureusement ; il me semble que l'on peut considérer la malade comme guérie et qu'on peut laisser se résorber son kyste fœtal sans qu'elle coure aucun danger.

Le Dr Picqué (de Paris). — *Sur 3 cas de grossesse extra-utérine. — Grossesse ectopique tubaire de 5 à 6 mois. — Fœtus vivant. — Rupture. — Accidents péritonitiques. — Laparotomie. — Guérison.* — Dans le courant de l'année 1889, M. Picqué a eu l'occasion, à l'hôpital de Pascal-Lourcine, d'intervenir dans 3 cas de grossesse extra-utérine intra-tubaire et de guérir ses malades ; 2 cas seulement concernaient des fœtus vivants de 5 et 6 mois ; il dut opérer d'urgence après rupture de la poche et accidents graves de péritonisme. Chez l'une et chez l'autre la cavité péritonéale était remplie de caillots sanguins : c'était en réalité une hématocèle symptomatique foudroyante. Les particularités intéressantes de ces observations seront publiées plus tard.

M. Picqué signale en particulier un fait relatif à l'intervention. On sait malgré les belles statistiques publiées en Allemagne depuis la 1re observation de Breisky, combien il succombe encore de femmes à la suite de ces interventions, réserve faite bien entendu des cas où l'acte chirurgical a été pratiqué trop tardivement. Je crois, avec un grand nombre de chirurgiens, que, dans beaucoup de ces cas, la mort tient à ce que par crainte d'hémorrhagie on abandonne le placenta à lui-même après avoir suturé les bords de la poche à la paroi abdominale. Malgré toutes les précautions antiseptiques prises ultérieurement, et en raison des chances d'infection septiques M. Picqué croit, avec beaucoup de chirurgiens français et allemands, que c'est là une pratique à rejeter définitivement ; il suit la pratique admise aujourd'hui et ne craint pas d'enlever successivement le placenta et la trompe : c'est à cela, croit-il, qu'il faut attribuer ses succès, dans les 3 observations

publiées. Dans un cas l'hémorrhagie fut considérable mais bien vite réprimée par l'emploi d'une pince appliquée sur la corne utérine.

En résumé, M. Picqué croit devoir se rallier sans réserves à la pratique qui consiste à appliquer à la grossesse ectopique tubaire la salpingectomie pure et simple, c'est-à-dire l'ablation successive du contenant et du contenu, opération qui ne saurait présenter, avec un bon outillage hémostatique, aucune difficulté, et qui soustrait la malade aux chances possibles d'infection.

M. Léopold (de Dresde) présente une grande quantité de pièces anatomiques se rapportant à des *tumeurs du petit bassin,* enlevées par la laparotomie ; entre autres des grossesses extra-utérines admirablement préparées. Ces pièces, très bien conservées, sont très instructives. Il y a aussi des *kystes de l'ovaire* dont l'un est remarquable par le développement dans son intérieur de portions osseuses.

M. Calderini montre un *uterus bicornis.* A diverses reprises s'étaient développés des fœtus dans l'une des cornes ; mais à chaque grossesse, il y eut rupture utérine. On fit la laparotomie pour les accidents péritonéaux qui suivirent cette grossesse. On trouva le fœtus en partie dans l'abdomen et en partie dans le vagin (un bras). Opération de Porro. Guérison.

Hernie périnéale vagino-labiale.

M. Winckel (Munich) a lu un très intéressant travail sur la hernie périnéale qui se fait chez la femme au niveau de la grande lèvre. Il a montré à ce propos des dessins représentant les cas connus et a terminé en montrant comment il fallait traiter cette affection. Pour lui, le meilleur procédé de traitement est simplement la cure radicale par le périnée. M. le Dr Winckel a distingué trois formes dans ces hernies ; mais ces trois variété peuvent se combiner entre elles sur la même malade. La première variété est dite *antérieure :* c'est celle qui se fait entre le constricteur de la vulve et le muscle ischio-caverneux.

La seconde, dite *moyenne,* passe entre le constricteur de la vulve et le transverse profond du périnée, la troisième appelée postérieure, est celle qui se fait entre le releveur de l'anus et le grand fessier. Le sac des trois variétés de cette hernie, lorsqu'il est examiné par l'abdomen présente un certain nombre de carac-

tères propres. L'orifice abdominal du sac se trouve de chaque côté de la vessie, en avant ou en arrière des parties fibreuses qui unissent solidement la vessie aux parties voisines du bassin.

Microbes du vagin et antisepsie vaginale.

M. Debacker (Paris) fait une communication sur *l'antisepsie préventive des organes génitaux chez les jeunes filles.* Il recommande les soins de propreté les plus minutieux, et demande à ce qu'on enseigne aux jeunes filles les notions élémentaires de l'hygiène gynécologique. Il préconise aussi l'emploi des injections antiseptiques vaginales, pendant trois mois après l'accouchement.

M. Dœderlein (Leipzig). — *Recherches bactériologiques sur les sécrétions du vagin.* — Les auteurs, qui se sont occupés de l'antisepsie dans les accouchements, se divisent en deux camps. Les uns se reposent sur les résultats indiqués par les statistiques, et considèrent toute désinfection des malades comme inutile et même dangereuse. Les autres, se fondant sur leurs recherches bactériologiques des sécrétions génitales pendant l'accouchement, regardent la désinfection du vagin comme indispensable. M. Dœderlein a fait des recherches sur les sécrétions vaginales et a trouvé deux variétés de sécrétion. Les unes sont normales, très acides, renfermant des cellules épithéliales, des corpuscules granuleux, des bacilles non pathogènes. Les autres sécrétions sont virulentes, alcalines ou neutres, et renferment des globules de pus et des micro-organismes de différente nature, surtout des cocci. Dans le premier cas, le vagin n'est pas à craindre comme agent d'infection pendant l'accouchement. Dans le second au contraire, il doit être désinfecté. L'auteur engage les gynécologues à faire des recherches dans ce sens et à publier les résultats qu'ils obtiendront.

Déviations de l'utérus.

M. Assaky (Bucharest). — *De l'hystéropexie extra-péritonéale.* — 1° Des faits qu'il a indiqués, il résulte que l'hystéropexie extra-péritonéale est contre-indiquée dans le prolapsus compliqué d'une lésion des annexes. La laparotomie permet seule de se rendre compte du degré de la lésion et d'y porter remède. Elle est éga-

lement contre-indiquée dans les rétro-déviations adhérentes où la laparotomie permet mieux que les autres procédés de mobilisation de libérer l'utérus avant de le suturer à la paroi abdominale; 2° l'hystéropexie extra-péritonéale est contre-indiquée dans les rétro-déviations non adhérentes, parce qu'un des éléments de la parfaite adaptation de l'utérus à la paroi abdominale est le relâchement des ligaments utérins qu'on observe dans le prolapsus seul; 3° dans le prolapsus simple, non compliqué, l'hystéropexie extra-péritonéale est une opération simple, rapide et qui ne présente aucun des dangers qu'on lui attribués.

M. DŒDERLEIN (Leipzig) fait une très courte communication sur le *traitement des rétro-déviations de l'utérus par le massage* M. Dœderlein simplifie dans une légère mesure la manière de faire habituelle.

Traitement de la cystite chez la femme.

THOMAS MORE MADDEN (Dublin). — De toutes les maladies que l'on a à traiter en gynécologie, il n'en est pas de plus fréquente, de plus rebelle à tous nos modes de traitement, que la cystite chez la femme. Je désire aujourd'hui, exposer la méthode de traitement que la clinique m'a montrée la meilleure, au point de vue de la cure rapide de cette affection. Les moyens le plus souvent employés en pareille circonstance sont bien palliatifs et peuvent soulager, mais jamais ils n'arrivent à guérir une cystite confirmée chez la femme. Je ne suis pas partisan de la méthode qui consiste à assurer à la vessie un repos physiologique absolu. On sait qu'Emmet, dans ce but, crée une fistule vésico-vaginale artificielle et que cela peut donner des succès dans quelques cas, mais pratiquement on peut faire à cette opération des objections telles que depuis quelques années j'ai abandonné cette manière de faire pour recourir à une autre qui m'a parue aussi efficace, tout en ne présentant pas les mêmes inconvénients. Le traitement que j'ai suivi dans un très grand nombre de cystites observées dans les salles de Mater Misericordiæ Hospital, à Dublin, consiste premièrement dans une dilatation complète de l'urèthre, de manière à paralyser la contractilité du sphincter de la vessie et du canal et à produire ainsi une incontinence temporaire d'urine; secondement dans l'application directe sur la muqueuse vésicale

d'une solution d'acide phénique dans la glycérine. J'ajouterai que toute douleur peut-être prévenue par l'application antérieure d'une solution de cocaïne ; il faut seulement répéter au moins une ou deux fois le même traitement à des intervalles de huit à dix jours, en le combinant avec l'emploi à l'intérieur de l'acide borique, il est rare que l'on n'obtienne pas une guérison rapide dans les cas habituels de cystite chez la femme.

Traitement de la dysménorrhée obstructive.

THOMAS MORE MADDEN (Dublin).— Le diagnostic de l'obstruction créé par la sténose cervicale comme cause capitale de la dysménorrhée est la clef de la pathologie et des succès thérapeutiques chez la grande majorité des malades. Dans ma pratique hospitalière de ces 20 dernières années, environ 11 pour cent des cas de stérilité déterminés par cette cause se sont présentés à moi sur un total d'environ 9,000 cas gynécologiques. De tous les maux dont souffre la femme, il en est peu qui donnent lieu à des douleurs plus persistantes et produisent des effets plus désastreux sur la santé générale, sur le système nerveux et sur l'état mental de la malade, qu'une dysménorrhée *obstructive* bien établie. Celle-ci mène quelquefois à l'alcoolisme, les femmes étant au début souvent soumises à tort à l'emploi de l'alcool donné comme stimulant ; les doses sont progressivement augmentées, jusqu'à ce que finalement la malheureuse victime de l'alcoolisme causé par sa dysménorrhée, devienne une ivrogne incurable.

Je n'ai pas l'intention ici de m'arrêter aux divers modes de dilatation lente du canal cervical, depuis l'introduction dans la pratique par Simpson et Swan des éponges et des laminaires. L'introduction des instruments destinés à obtenir une dilatation rapide de ce canal a constitué un grand progrès dans cette partie de la chirurgie. Parmi les dilatations les plus connues, je vous rappellerai simplement ceux d'Hegar, de Duke, de Lawson Tait. Dans le même but, j'ai imaginé un instrument qui permet d'obtenir une dilatation rapide et permanente du canal cervical sans danger (1). Cet instrument diffère des autres dilatateurs à divers

(1) Le dilatateur de T. M. Madden est formé de deux branches mousses qui s'écartent à la manière de la bascule coupante dont quelques chirurgiens se servent pour inciser les rétrécissements du méat urinaire chez l'homme.

points de vue, en particulier au suivant : il dilate le canal de dedans en dehors, en d'autres termes, il imite le processus normal de dilatation de la cavité utérine qui se fait de haut en bas, de la cavité utérine vers le col utérin, tandis que la plupart des autres dilatateurs, tels que ceux d'Hegar, par exemple, agissent dans un sens diamétralement opposé. J'ajouterai que mon dilatateur, qui n'est pas plus gros qu'une sonde ordinaire quand on l'introduit, peut servir à la dilatation de l'urèthre chez la femme.

Communications diverses.

M. Auvard (Paris). — 1° *Embryotome céphalique combiné.* — Les deux meilleurs instruments d'embryotomie céphalique sont le crânioclaste et le céphalotribe.

Réunir les qualités de ces deux instruments en un instrument unique, tel est le but que s'est proposé M. Auvard. L'embryotome céphalique combiné se compose de 3 branches, une centrale perforatrice, une seconde latérale analogue à la branche fenêtrée d'un crânioclaste ; la troisième un peu plus grande que la précédente également fenêtrée. Cet instrument a fourni de bons résultats expérimentaux et cliniques. — 2° *Téterelle biaspiratrice.* — La téterelle de M. Auvard, destinée à faciliter l'allaitement, en particulier dans les cas de gerçures du sein, se compose d'une cupule de verre se continuant avec 2 tuyaux de caoutchouc, l'un destiné à la mère, l'autre plus court devant être pris par l'enfant. La mère applique la cupule sur le mamelon, fait le vide dans le petit appareil de verre (vide possible grâce à une soupape qui se trouve dans la tétine de l'enfant), le lait afflue dans l'appareil, et pour l'aspirer l'enfant n'a qu'à exercer des mouvements de succion modérés.

M. Duhrssen (Berlin). — *Deux cas d'incisions profondes du col et d'incision du vagin et du périnée.* — Le 1er cas se rapporte à une primipare de 23 ans près de laquelle M. le Dr Dührssen fut appelé pour des attaques d'éclampsie. Cette malade en était à sa 9e attaque ; l'orifice extrême de l'utérus pouvait recevoir un doigt ; la partie supra-vaginale de l'utérus était dilatée ; la tête était à l'entrée du vagin. Il fut facile, après avoir fait 6 incisions profondes sur le col, incisions qui allaient jusqu'au point d'insertion du vagin, d'amener la tête par une traction jusque sur le

périnée ; on la fit sortir enfin à l'aide d'une petite incision pratiquée sur le périnée.

Après l'accouchement il y eut deux attaques ; les suites de couches furent normales. L'enfant, nourri au sein, est dans un état très florissant. Les 2 premières incisions latérales faites sur le col ne se sont pas réunies en se cicatrisant. Ce fait montre que, dans tous les cas où chez les primipares il y a danger pour la mère et l'enfant comme dans l'éclampsie en particulier, l'accouchement doit être tenté de suite, car il est possible sans danger pour la mère et l'enfant, alors même que l'orifice externe du col est encore complètement fermé. Il suffit, pour que l'accouchement puisse avoir lieu, que la partie supra-vaginale du col soit dilatée.

Dans le 2ᵉ cas il s'agit d'une femme de 46 ans, primipare, dont l'enfant bien portant est nourri au sein. Pour cette femme je fus appelé 12 heures après la rupture des membranes. L'utérus était littéralement collé sur le fœtus et il y avait prolapsus d'un bras dans une présentation irrégulière du crâne.

A la partie supérieure du vagin je trouvai un rétrécissement, que je ne pus franchir tout d'abord avec la main. Je dus faire trois incisions sur les bords de l'orifice de l'utérus pour vaincre la résistance. J'y ajoutai une incision sur le vagin et le périnée du côté droit, parce que lors d'une première tentative d'entrée avec la main tout entière, j'avais déchiré la colonne vaginale postérieure depuis la commissure postérieure et parce que je ne crus pas l'extraction possible sans une déchirure plus grande. Le passage du fœtus dans le vagin fut dès lors rendu très facile ; après avoir remis en place le bras qui était en procidence, ce que je fis avec une certaine peine, je pus franchir le point rétréci et faire la version.

L'extraction fut facile, sauf pour le crâne, gros et solide, qui résista un peu. L'enfant extrait en état de mort apparente, fut rappelé à la vie après une heure ; il pesait 3,750 gr. L'incision périnéo-vaginale fut suturée au catgut dans la moitié supérieure, au crin de Florence dans sa partie inférieure après avoir tamponné, pour arrêter complètement l'hémorrhagie, le canal utéro-vaginal avec de la gaze stérilisée, imprégnée d'une solution d'acide phénique à 3 0/0. La plaie guérit par première intention ; les suites de couches furent normales.

M. Dührssen a la conviction que dans ce cas, s'il n'avait pas fait

une incision sur le vagin et le périnée, l'accouchement d'un enfant vivant n'aurait pas pu être obtenu. Ce cas montre que chez les primipares âgées, si la rupture des membranes a eu lieu depuis quelques heures, on doit tenter de suite l'accouchement et le faire comme précédemment.

Ces deux faits montrent que dans de tels cas, où jusqu'à présent on laissait mourir les enfants, où on faisait l'accouchement au forceps, la perforation du crâne, ou même l'opération césarienne comme Halbestema, on peut obtenir l'accouchement sans danger d'un enfant vivant. M. Dührrsen dit que la seule condition nécessaire pour que sa méthode (incision du col, du vagin et du périnée) soit efficace, est la dilatation de la partie supra-vaginale du col.

M. le Dr Murphy (Sunderland) a communiqué un tableau de 42 cas de *placenta prævia* dont 5 lui sont personnels. Ces derniers sont les suivants : 1er *cas :* 31 juin 1882, placenta central, grossesse au 9e mois, chez une femme de 34 ans, ayant déjà eu 5 enfants. Hémorrhagies au 9e mois. Traitement : Ballon de Barnes ; décollement du placenta, version ; guérison de la mère, mais mort de l'enfant. — 2e *cas :* femme de 32 ans, ayant eu 7 grossesses ; hémorrhagies au 9e mois, placenta prævia partiel. Traitement : élargissement du col avec les doigts ; décollement du placenta ; version ; mère guérie et enfant vivant, 1er août 1882. — 3e *cas :* femme de 20 ans, une grossesse, très affaiblie ; hémorrhagie dès le 5e mois ; placenta central ; présentation de l'épaule ; dilatation avec les doigts, décollement du placenta, version ; mort de l'enfant, guérison de la mère, 8 mars 1883. — 4e *cas :* femme de 34 ans, 3 grossesses, de bonne santé, hémorrhagie au 8e mois ; présentation d'un bras ; placenta central. Traitement : ballon de Barnes ; décollement du placenta, version bipolaire ; guérison de la mère et de l'enfant, 4 février 1887. — 5e *cas :* femme de 40 ans, 10 grossesses, hémorrhagies au 9e mois ; placenta central ; même traitement que ci-dessus, même résultat, 15 août 1887. L'auteur rapporte 37 cas analogues dus à un grand nombre d'auteurs et décrit les différents traitements connus du « placenta prævia ».

M. le Dr P. Bröse (Berlin). — *Démonstration d'appareils électriques médicaux, alimentés par de l'électricité fournie par des machines dynamos.*

M. le Dr Bröse a présenté à la section les modèles des appareils

électriques qu'il a fait construire pour les usages gynécologiques avec l'aide de M. Georges Hirschmann ; ces appareils ont ceci de particulier qu'ils sont alimentés directement par l'électricité provenant de machines dynamos (1).

M. DUHRSSEN (Berlin). — *A propos de l'amputation du col de l'utérus.* — M. Dührssen rapporte une série d'amputations de la partie vaginale du col, empruntées à divers gynécologues de Berlin et dans lesquelles il se développa après l'opération, une paramétrite ou une périmétrite postérieure. D'après l'auteur, cette complication est due à ce que les fils de sutures sont placés dans le tissu cellulaire rétro-utérin ou même enserrent le péritoine ; mais elle se produisait aussi quand la section de la portion vaginale a été faite au-dessous du niveau de la voûte postérieure du vagin, dans les cas où la plaie d'excision de la lèvre postérieure, présente une conformation spéciale. Le tissu conjonctif de la paroi vaginale, constitué par deux faisceaux, l'un inférieur, l'autre supérieur, s'avance jusque sur la lèvre postérieure du col. Sur une coupe de celle-ci, on voit que l'un d'eux, l'antérieur, limite le canal cervical, auquel il assure une constitution solide ; le second, le postérieur, se continue directement de la paroi vaginale postérieure dans la partie postérieure de l'utérus. Ce faisceau postérieur est surtout développé dans la métrite chronique; il est alors très résistant. Quand on fait une amputation du col, on sectionne sur la lèvre postérieure le faisceau inférieur ; alors, la muqueuse vaginale du col se rétracte en arrière vers la paroi vaginale et se confond avec elle. La rétraction de ce faisceau inférieur est d'autant plus marquée que le faisceau supérieur est plus épaissi et plus enflammé. Par suite, quand on fait des excisions cunéiformes du col assez profondes, le tissu cellulaire rétro-utérin et le péritoine sont placés sur le fond de la plaie. Qu'il se développe une

(1) Nous avons, il y a plus de six mois déjà, indiqué dans le *Progrès médical*, cet usage possible des dynamos ; à l'occasion d'une visite au Dispensaire Péraire, où sont installés des appareils électriques qui ne sont pas, il est vrai, employés pour le traitement d'affections d'ordre gynécologique, nous avons montré quels bénéfices on pourrait retirer de l'utilisation de tels appareils pour le traitement des fibromes utérins dans les dispensaires ; mais nous reconnaissons sans peine que M. Bröse a le premier mis en pratique à Berlin ces idées qui nous semblent mériter toute l'attention des médecins compétents. (MARCEL B...)

inflammation le long du trajet d'un fil profondément placé (et l'occasion de telles inflammations est fournie par l'existence dans les voies génitales de micro-organismes nombreux) et une périmétrite ou une paramétrite postérieure en est la conséquence fréquente.

Pour parer à cet inconvénient et prévenir cette complication qui augmente les douleurs de la métrite chronique, contre lesquelles est précisément dirigée l'amputation du col, M. Dührssen conseille de fermer d'abord la plaie de la lèvre postérieure du col avec des sutures perdues au catgut et de réunir ensuite, par-dessus cette plaie, les muqueuses du col et du vagin. Il a procédé lui-même ainsi dans deux cas : après incision bilatérale, après l'excision et la suture de la lèvre antérieure du col, il a fait l'excision de la lèvre postérieure et a suturé les incisions latérales par des fils de catgut perdus. A ce moment la plaie, à la partie postérieure de l'orifice utérin, avait une forme sagittale ; cette plaie d'aspect triangulaire, a été réunie elle-même à l'aide de deux sutures au catgut, l'une perdue, l'autre superficielle. Dans ces deux cas l'opération avait été faite pour une érosion du col, symptomatique de métrite chronique ; mais dans le dernier cas, l'auteur fit en même temps le curettage du col et des injections de chlorure de zinc, moyens qu'il combine souvent avec l'Emmet ou les opétions analogues lors de déchirures du col. L'amputation du col est superflue dans les sténoses cervicales, quand elles existent à l'orifice externe, la discission complétée par l'*ourlure* d'Hégar, c'est-à-dire la suture de la muqueuse vaginale à la muqueuse cervicale est parfaitement suffisante. Par cette méthode, Gusserow a guéri bien des cas de stérilité invétérée. Dans la sténose de tout le canal cervical, c'est-à-dire de l'orifice interne, la dilatation est indiquée ; on peut employer le procédé rapide et non douloureux, d'Apostoli. M. Dührssen après 2 séances a vu une femme de 45 ans devenir enceinte ; cette femme avait avorté une fois, au commencement de son mariage, qui remontait à 20 ans.

(A suivre.) Dr MARCEL BAUDOUIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. PÉAN. — **Traitement des suppurations d'origine utérine ayant pour siège l'utérus et ses annexes** (trompes, ovaires, ligaments larges, péritoine).

La thérapeutique chirurgicale des suppurations de l'utérus et de ses annexes a été longtemps imparfaite, en raison même de l'incertitude de leur cause première. Depuis que les travaux modernes ont démontré l'unité pathogénique des diverses variétés de ces suppurations, les chirurgiens se sont ingéniés, non seulement à les attaquer dans leurs manifestations les plus évidentes, mais encore à rechercher leur point de départ pour mieux les combattre. Or, on sait aujourd'hui que ce point de départ réside le plus souvent dans l'utérus, à l'origine tout au moins. Aussi, loin de traiter seulement et isolément les pyo-salpingites, les ovarites,les péritonites suppurées, les phlegmons du ligament large, un certain nombre de chirurgiens ont pensé que l'on devait, en même temps, s'adresser à l'endométrite suppurée qui leur a donné naissance.

Cette conception nouvelle a été certainement le point de départ de tous les progrès accomplis dans le traitement de ces sortes d'affections. La découverte de l'hémostasie par pincement des vaisseaux et l'emploi des antiseptiques y ont également contribué dans une large mesure. De nos jours, les chirurgiens ne se contentent plus, comme autrefois, de ponctionner les phlegmons du ligament large et d'inciser les abcès des culs-de-sac de Douglas : toutes les fois qu'ils rencontrent une suppuration en apparence limitée à ces régions, ils recherchent avec soin s'il n'existe aucune manifestation suppurative du côté de l'utérus, des trompes ou des ovaires et ne redoutent pas de donner issue au pus, quel que soit l'organe qui le renferme.

La suppuration est-elle *limitée à l'utérus* (corps ou col) ?

Les moyens généralement mis en usage peuvent donner de bons résultats. Les plus simples consistent à modifier la muqueuse par des antiseptiques, des topiques astringents ou légèrement caustiques, tels que la créosote, la teinture d'iode, les solutions de nitrate d'argent, de chlorure de zinc, la pâte de Canquoin.

Lorsque ces divers moyens ont échoué, il est bon d'essayer la dilatation progressive ou le curettage de l'utérus. Ces modes de traitement sont souvent efficaces lorsque la suppuration est encore récente et bien limitée à la muqueuse utérine.

Il est absolument indispensable que les instruments qui servent à ces petites opérations soient parfaitement aseptiques. Elles deviendraient autrement dangereuses, et il nous serait facile de citer nombre de cas dans lesquels des affections simplement catar-

rhales du col et du corps de l'utérus ont suppuré, faute de ces précautions, et où la suppuration s'est propagée à ses annexes (trompes, ovaires, ligaments larges et péritoine).

Celle-ci *occupe-t-elle à la fois l'utérus et les trompes?*

La dilatation dont nous venons de parler, faite d'une façon méthodique, pourra, non seulement amener la guérison de l'endométrite suppurée, mais encore favoriser l'écoulement, dans l'utérus, du pus enkysté dans les trompes. Malheureusement, on ne doit pas compter d'une façon absolue sur ce mode de guérison.

Aussi, lorsque les trompes et les ovaires semblent être le siège d'une collection bien enkystée, la plupart des chirurgiens n'hésitent pas aujourd'hui à ouvrir l'abdomen sur la ligne médiane, à plonger la main au fond du bassin pour examiner l'état des organes pelviens et à les enlever s'ils les trouvent enflammés.

La bénignité de la castration tubo-ovarienne abdominale dans le cas d'inflammations catarrhales, la facilité avec laquelle se fait cette opération, expliquent l'abus qu'on en a fait depuis Lawson Tait. En réalité, cette castration est excellente quand la suppuration est bien limitée à ces organes, quand la tumeur ovaro-salpingienne est petite, sans adhérences sérieuses avec les viscères ou le péritoine pelvien. Elle devient autrement insuffisante et dangegereuse, et il importe de varier la conduite suivant le siège de la collection purulente et suivant l'état du reste des annexes.

Lorsque les ligaments larges, les ovaires et le péritoine pelvien sont sains, lorsque la suppuration tubaire est unilatérale, située dans le voisinage immédiat de l'utérus, nous désinsérons le vagin de ce côté, décollons le péritoine de la face latérale correspondante de l'utérus et incisons largement le foyer suppuré sans ouvrir la cavité péritonéale. Nous avons soin de fixer au niveau du vagin, par des fils métalliques, un drain qui facilite l'écoulement du pus et les lavages de la poche purulente.

Au contraire, si la suppuration est très étendue, ancienne et grave, nous n'hésitons pas à pratiquer l'hystérectomie vaginale totale.

La collection purulente *a-t-elle pour siège les culs-de-sac péritonéaux?*

Si la péritonite est primitive (cas rares), bien localisée aux culs-de-sac du péritoine pelvien, le chirurgien doit agir comme s'il se trouvait en présence d'un simple abcès. Par une longue incision

de l'espace péritonéo-vaginal faite en suivant le pourtour de l'utérus, il assurera au pus une large issue. Si la section de quelque vaisseau important donne lieu à une hémorrhagie, il suffit pour l'arrêter d'y mettre une pince. Le drainage consécutif de la poche purulente favorise une prompte guérison. Il importe que le drain soit volumineux, en canon de fusil, à demeure, c'est-à-dire fixé aux lèvres de la plaie par une ou deux anses de fil métallique conduit avec notre chasse-fils. Dès que le tube est fixé, on ferme autour de lui la plaie par suture au moyen de quelques anses de fil métallique qui réunissent les lèvres de la plaie utéro-vaginale. Des injections antiseptiques faites régulièrement tous les jours permettent à la cavité de se combler peu à peu par bourgeonnement de ses parois et s'opposent aux dangers de la septicémie.

Si la pelvi-péritonite est consécutive à une endométrite suppurée qui s'est propagée aux trompes et aux ovaires, cette simple ouverture avec drainage de la cavité ne suffit plus. Il est alors préférable, pour soustraire la malade aux nombreux dangers auxquels elle est exposée, d'enlever l'utérus et ses annexes en totalité.

La suppuration est-elle *située dans les ligaments larges ?*

Lorsqu'on a affaire à un phlegmon primitif du ligament large, la guérison s'obtient facilement par l'ouverture de la collection purulente, le drainage et les injections antiseptiques.

Supposons que ce phlegmon soit secondaire à une endométrite suppurée et que le ligament large et l'utérus soient seuls atteints de suppuration. Le traitement le plus efficace consiste à traiter, d'une part l'endométrite par les moyens que nous avons indiqués plus haut, et d'autre part, à donner issue par le vagin au pus contenu dans le ligament large, soit en incissant directement l'abcès lorsqu'il bombe dans le vagin, soit en disséquant le bord latéral de l'utérus sans ouvrir le péritoine lorsque le pus est profondément situé. Comme dans les cas précédents, le drainage et les injections antiseptiques sont indispensables ainsi que la fermeture de la plaie autour du drain.

Mais si la suppuration, en même temps qu'elle occupe l'endomètre et le ligament large, envahit les annexes de l'utérus et à plus forte raison les culs-de-sac péritonéaux, ces moyens pourront être impuissants à sauver les malades. Il faudra, dans ces conditions, non seulement ouvrir les foyers purulents du ligament large et les drainer, mais enlever l'utérus et au besoin, les trompes et les ovaires.

C'est la conduite qu'on devra tenir en présence de ces cas extrêmement graves où le pus a fusé loin des ligaments larges dans le tissu cellulaire du bassin ou s'est fait jour dans l'un des viscères pelviens.

L'ablation de l'utérus en pareil cas présente des difficultés sérieuses, en raison des adhérences nombreuses, fortes, qui relient parfois les deux faces et le fond de l'utérus aux organes voisins, et les annexes sont maintenues dans une position vicieuse par des fausses membranes fibreuses, vasculaires, inextensibles. Il est par ce fait très difficile de décoller ces organes et de faire basculer dans le vagin le fond de l'utérus. Il va sans dire que les difficultés redoublent lorsque le vagin est étroit, rigide, lorsque la cloison vésico-vaginale est refoulée, œdématiée, le cul-de-sac vagino-péritonéal épaissi, distendu, effacé.

Les précautions préliminaires sont les mêmes que pour toutes les opérations de ce genre : purgation, traitement opiacé. Le pubis, les grandes lèvres doivent être rasés, le vagin soigneusement désinfecté et aseptisé par des injections au sublimé. Opérateur et aides doivent se conformer aux règles de l'antisepsie la plus rigoureuse.

La malade chloroformée est couchée dans le décubitus latéral gauche, le membre inférieur droit replié sur la poitrine, le gauche allongé. L'opérateur se place en face du vagin et fait abaisser ou relever a table d'opération de façon à ce que le siège de la malade soit — l'opérateur étant assis — à peu près à la hauteur de la poitrine. L'aide de gauche se tient debout entre la jambe droite repliée et la gauche étendue. L'aide de droite est en dehors de cette dernière. Un troisième aide est chargé de relever la fesse droite ou supérieure.

Dans un premier temps, les aides placés de chaque côté rétractent avec quatre valves plates, les parois du vagin de façon à permettre à l'opérateur de voir les lèvres du côté de l'utérus et de les attirer à la vulve avec une pince de Museux. Cette pince doit avoir des dents assez larges pour éviter la déchirure du tissu utérin devenu souvent très friable. Le col est alors désinséré dans toute sa hauteur.

Pendant cette désinsertion, les vaisseaux de l'espace péritonéo-vaginal saignent presque toujours assez abondamment. C'est du reste la règle toutes les fois qu'on opère dans une région voisine d'un tissu enflammé. Si l'hémorrhagie par son abondance devient

gênante, on l'arrête en plaçant sur les vaisseaux sectionnés quelques pinces hémostatiques.

Immédiatement après la désinsertion, on ouvre les culs-de-sac péritonéaux. A ce moment, lorsque la collection purulente occupe ces culs-de-sac ou le tissu cellulaire péri-utérin, le pus sort en abondance. Mais cet écoulement n'est qu'un épisode sans importance. Qu'il se produise ou non, la règle que suit l'opérateur est toujours la même.

Il doit, dans un second temps, lorsque la castration lui paraît indiquée, détacher avec les doigts les faces antérieure et postérieure de l'utérus. Pendant ce temps, et à mesure que ce dégagement a lieu, les valves sont introduites plus profondément, de façon à écarter du champ opératoire le péritoine décollé et à protéger la vessie et les uretères. Il ne reste plus qu'à pincer et à sectionner les ligaments larges.

Nous plaçons à cet effet, sur la base de l'un de ces ligaments, deux ou trois pinces-longuettes à mors droits ou courbes, en ayant soin de sectionner toutes les parties pincées avant d'appliquer une nouvelle pince. La section doit être faite le plus près possible du tissu utérin. Il ne faut jamais songer, comme l'ont fait à tort quelques chirurgiens dans le cancer de l'utérus, à pincer d'un seul coup chaque ligament de bas en haut dans toute sa hauteur. En agissant ainsi, on s'expose à serrer entre les mors de la pince un des uretères ou une anse d'intestin. L'opérateur doit toujours voir et savoir ce qu'il fait.

Lorsque l'un des ligaments larges a été sectionné, rien n'est plus facile, s'il n'existe pas d'adhérences, que de faire basculer dans le vagin le fond de l'utérus, de pincer de haut en bas l'autre ligament large et de libérer la matrice.

Mais les choses ne se passent pas toujours d'une façon aussi simple. La section progressive de bas en haut de l'un des ligaments larges, d'ailleurs si avantageuse, ne permet pas toujours d'enlever l'utérus d'une seule pièce. Le chirurgien est souvent obligé de recourir au morcellement de cet organe pour arriver à la partie supérieure de l'utérus qu'il peut dès lors, facilement dégager des parties voisines, soit par simple décollement, soit par section après pincement préventif. C'est le seul moyen d'enlever cet organe complètement sans crainte de léser les parties voisines, lorsqu'il existe des adhérences entre lui et les viscères pelviens.

Telle est la meilleure méthode d'hystérectomie vaginale totale

dans les cas de suppuration de l'utérus et de ses annexes. Lorsque l'utérus a été enlevé, il est facile de se rendre compte de l'état des annexes, et d'exciser les trompes et les ovaires si on le juge nécessaire. Ces opérations complémentaires se font rapidement et sans qu'on ait à redouter une hémorrhagie, grâce au pincement préventif et définitif.

Le pansement consiste à tamponner le vagin avec des éponges et des tampons saupoudrés d'iodoforme. Une sonde est laissée à demeure dans la vessie pendant les premiers jours. Elle prévient les rétentions d'urines si fréquentes après les opérations qui portent sur le vagin et l'utérus. Les pinces qui avaient été placées pendant l'opération sur les ligaments larges et les vaisseaux de quelque importance, ne sont retirées qu'après trente-six ou quarante-huit heures. Après ce laps de temps, l'hémostasie est définitive même pour des vaisseaux de gros calibre. On est de ce fait dispensé de lier les vaisseaux et de fermer la plaie vaginale. On gagne ainsi un temps extrêmement précieux. A partir du moment où les pinces sont enlevées, on fait journellement, et même plusieurs fois par jour, des injections d'eau sublimée ou phéniquée.

Il est vraiment merveilleux de voir combien sont favorables les suites opératoires. Dès les premiers jours, la température, qui était de 40 à 41 degrés, le pouls qui était petit, filiforme, rapide (120 à 140 pulsations), reviennent à la normale. La teinte terreuse des téguments s'efface ; les troubles gastriques disparaissent, le moral se relève. La vessie et le rectum reprennent leurs fonctions et la convalescence marche à grands pas. Bien que nous ayons opéré plus de cinquante malades dans les conditions les plus fâcheuses, nous n'avons eu aucune mort à déplorer. Les récidives ne sont pas à redouter. Les malades sont guéries radicalement, puisque l'utérus, qui contribue avec les ovaires et les trompes à produire les douleurs insupportables que nous avons signalées, est enlevé dans sa totalité.

On nous opposera que l'hystérectomie vaginale totale n'est pas indispensable, même dans ce cas, et que la castration tubo-ovarienne abdominale peut amener la guérison. Tel n'est pas notre avis.

Comme nous l'avons dit plus haut, la castration tubo-ovarienne abdominale donne de bons résultats lorsqu'il n'existe que des salpingo-ovarites catarrhales, ou lorsque les tumeurs tubaires ou ovariennes suppurées, sont de petit volume, récentes et sans adhérences fibreuses, bien vascularisées. Mais il n'en est pas de même

lorsque les conditions sont différentes, ce qui d'ailleurs est loin d'être rare, lorsque par exemple, la suppuration s'est propagée aux organes du voisinage (péritoine, ligament large).

Deux cas peuvent se présenter : les collections tubo-ovariennes suppurées et très adhérentes sont petites ou grosses. Lorsqu'elles sont volumineuses, qu'elles s'élèvent au-dessus du détroit supérieur et que, par des manœuvres délicates, leur paroi peut être rapprochée de la plaie abdominale, rien n'est plus aisé que de la fixer à cette dernière. On ouvre alors aussi largement que possible la poche purulente afin de permettre au pus de s'écouler librement au dehors. On pratiquc ensuite le drainage abdominal seul ou abdomino-vaginal. La malade peut guérir, mais la plaie met parfois des mois à se cicatriser.

Lorsqu'au contraire la poche suppurée est trop petite, trop profonde et trop adhérente pour pouvoir être attirée au dehors, soit partiellement, soit totalement, la fixation devient impossible, et le chirurgien se trouve dans la nécessité de refermer l'abdomen, sans avoir atteint le but qu'il se proposait, après avoir fait courir à la malade, sans aucun bénéfice pour elle, les chances d'une opération sérieuse. Le plus souvent, il s'efforce de dégager la tumeur, exerce sur elle des tractions aveugles et brutales, pendant lesquelles le kyste purulent se rompt dans la cavité péritonéale. Pour éviter les suites fâcheuses de cette rupture, il est obligé de laver à grande eau la séreuse abdominale. L'opération dure toujours un temps très long, et la malade, lorsqu'elle parvient à se relever du shock, lorsqu'elle échappe à la péritonite, conserve pendant des années, parfois même pendant toute sa vie (obs. de Spencer Wells), une fistule sinon dangereuse, du moins fort désagréable.

Malgré toutes ces difficultés, nous avons pendant longtemps pratiqué cette méthode avec des résultats relativement favorables, non sans en reconnaître les inconvénients. Depuis de nombreuses années, nous avons constaté qu'elle ne permet pas toujours de guérir toutes les malades, même lorsque les collections purulentes sont en apparence dans les meilleures conditions opératoires.

Ce n'est en effet pas sans un certain étonnement que nous avons vu reparaître au bout d'un laps de temps relativement court, six mois à deux ans, après l'ablation des trompes et des ovaires, des douleurs aussi intolérables que celles qui avaient nécessité l'opération antérieure. Un examen approfondi de ces malades nous

démontra que le point de départ de ces douleurs était dans l'utérus, et nous fûmes obligés d'enlever à son tour cet organe. C'est seulement après cette castration utérine terminale que les souffrances disparurent et que les malades furent définitivement guéries.

De l'exposé qui précède, nous tirerons les conclusions suivantes :

Dans les cas simples, on peut se contenter de tarir immédiatement la source de la suppuration lorsque celle-ci est limitée à l'utérus.

Lorsqu'elle est bien circonscrite au péritoine, au ligament large, à l'une des trompes ou des ovaires, il suffit de donner issue au pus par le vagin ou par l'hypogastre.

Mais lorsque la suppuration est étendue à plusieurs de ces organes, qu'il existe des foyers multiples, vastes, adhérents aux viscères voisins, il est préférable de recourir d'emblée à l'hystérectomie vaginale totale. Cette méthode, en effet, offre beaucoup plus d'avantages que la castration tubo-ovarienne abdominale, dont les indications sont restreintes, puisqu'elle ne s'adresse qu'aux cas relativement simples, et puisque, dans les cas graves, elle livre absolument tout au hasard ; si, après l'ablation du kyste purulent, la suppuration cesse ou se fait jour au dehors par le drain, les malades guérissent, mais conservent pendant de longs mois une fistule des plus incommodes.

Du reste, après la castration tubo-ovarienne abdominale, les choses ne se passent pas toujours ainsi, et il n'est pas rare de voir la mort arriver rapidement par péritonite suraiguë, même lorsque les lavages et les drainages ont été faits avec le plus grand soin par des chirurgiens qui se vantent d'appliquer, avec une rigueur extrême, la méthode antiseptique. Parfois, ce dénouement se fait attendre un peu plus longtemps. Les malades continuent, malgré l'opération, à avoir le soir des températures élevées, à manquer d'appétit, et au bout d'un temps plus ou moins long, elles succombent aux progrès incessants de la septicémie.

Celles qui guérissent sont condamnées à porter jusqu'à la fin de leurs jours une ceinture abdominale qui réussit à peine à les préserver d'éventrations considérables et de hernies volumineuses, désagréables, dangereuses. Lorsqu'elles échappent à ces inconvénients, elles se voient affligées d'énormes cicatrices chéloïdiennes, qui non seulement les déparent, mais déterminent parfois des douleurs insupportables.

L'hystérectomie vaginale primitive, faite d'après notre méthode, est une opération bien autrement avantageuse à tous égards.

Elle convient à toutes suppurations graves de l'utérus et de ses annexes. La lecture de nos observations montre qu'elle permet de sauver des malades minées par la fièvre hectique et condamnées à une mort prompte, certaine.

Elle n'est pas contre-indiquée par la présence de fistules vaginales, vésicales ou rectales. Nous avons observé, dans nombre de cas, que ces fistules cèdent d'elles-mêmes au bout de quelques semaines.

L'étendue de la poche purulente ne doit point faire reculer davantage le chirurgien. Nous avons obtenu par l'hystérectomie vaginale primitive des résultats merveilleux dans des cas où le pus, s'élevant au-dessus du détroit supérieur, occupait les fosses iliaques droite et gauche et remontait jusqu'au niveau de l'ombilic.

Ces énormes poches simulent des tumeurs solides, bosselées, d'aspect sarcomateux, et n'étaient les symptômes fébriles du début, la marche de la maladie, qui datent de plusieurs années, on pourrait croire qu'on se trouve en présence d'un sarcome inopérable. Après l'extirpation totale de l'utérus, nous avons vu le foyer mis à nu laisser écouler au dehors plusieurs litres de pus.

Au point de vue de l'antisepsie et des suites opératoires, la comparaison est en faveur de l'hystérectomie vaginale. Le pus s'écoule au dehors par une voie large, déclive, naturelle ; par suite, il n'a aucune tendance à infecter le reste du péritoine. D'ailleurs, les lavages de la poche suffiraient à écarter toute cause de septicémie. Donc aucun danger de péritonite.

La guérison se produit avec une rapidité extraordinaire. Dès la deuxième semaine, les malades se lèvent et marchent. Elles sont guéries au bout de la troisième semaine.

Les récidives ne sont pas à redouter comme dans la castration tubo-ovarienne abdominale, l'utérus étant supprimé dans sa totalité.

La castration utérine vaginale supprime naturellement les inconvénients de la laparotomie : cicatrice simple ou chéloïdienne, port de bandage, hernies. La plaie cachée au fond du vagin est invisible, solide, résistante.

L'hystérectomie vaginale primitive offre encore sur la castration tubo-ovarienne abdominale des avantages d'ordre opératoire.

Elle permet d'isoler plus facilement l'utérus des organes voisins, de mieux apprécier l'état de ces organes et d'évacuer sans peine les foyers contenus dans le péritoine et les ligaments.

L'opérateur peut, en outre, suivant les lésions qu'il rencontre, modifier plus ou moins sa conduite.

Constate-t-il, l'utérus enlevé, que les trompes sont envahies par le pus? Il pourra à volonté les enlever ou les laisser. La salpingectomie n'est pas indispensable. En effet, après la section des ligaments larges, les trompes sont largement ouvertes pour que le pus puisse s'écouler facilement au dehors par la brèche vaginale.

Se trouve-t-il en présence d'une ovarite suppurée? S'il s'agit de petits abcès de l'ovaire, rien n'est plus simple que de dégager cet organe du cul-de-sac de Douglas ou de la paroi pelvienne, de l'attirer dans la plaie et de l'exciser après avoir eu soin de pincer ou de lier son pédicule. Si le kyste ovarien est considérable, il est toujours possible de l'amener jusqu'à la plaie vaginale et de le suturer à cette dernière. Après l'incision de cette poche, le pus passe directement dans le vagin et y trouve une issue facile.

Suivant les cas, le chirurgien pourra donc faire l'hystérectomie vaginale simple, soit l'hystéro-salpingectomie, soit l'hystéro-salpingo-ovariotomie.

Existe-t-il un foyer dans le péritoine ou dans le ligament large, l'ablation de l'utérus suffit à l'évacuation complète du foyer purulent qui se comblera rapidement, quelque grande que soit son étendue, grâce au drainage et aux injections antiseptiques.

Il serait puéril, en présence de suppurations graves de l'utérus et de ses annexes, de se laisser arrêter par des considérations philosophiques sur la fonction de ces organes. Elle est anéantie par le fait même de la maladie.

Comme on le voit, la castration utérine vaginale doit être considérée comme la méthode de choix de l'avenir. Elle sauvegarde tout à la fois la réputation du chirurgien et la santé des malades.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

DES RÉCIDIVES ABERRANTES ET TARDIVES DES KYSTES DE L'OVAIRE

Par le **Dr Ch. Audry**, interne des hôpitaux de Lyon.

Nous ne nous occuperons pas ici des généralisations des tumeurs kystiques de l'ovaire ; elles sont bien et partout décrites ; le lecteur français trouvera dans la thèse de Poupinel (Paris, 1886) tous les renseignements désirables. Les récidives sous formes de tumeurs malignes échappent également à notre description, elles sont parfaitement étudiées dans le travail de M. Terrillon (*Bull. de la Société de chir.*, 1885).

Enfin, nous exclurons de cette courte étude les récidives survenues dans l'autre ovaire et ayant entraîné une seconde ovariotomie : ces faits sont classiques et connus de tous.

Nous entendons par « *récidives des kystes de l'ovaire* », *celles qui succédant, après un laps de temps plus ou moins considérable, à une ovariotomie pratiquée contre un kyste ovarique bénin, du type régulier, reproduisent la marche clinique et l'apparence de la tumeur initiale en conservant son pronostic relativement favorable.*

Tous ces faits sont très rares.

On peut avoir affaire soit à des *récidives sur place*, dans le pédicule, soit à des *récidives à distance*.

1° Nous ne connaissons au sujet des premières que les faits relatés par Olshausen (1). Il donne 4 observations dont une, la plus ancienne, est due à Weinlechner; 2 lui sont personnelles; la quatrième appartient à Schrœder. Dans ces 4 cas, la première extirpation avait été incomplète, et, presque toujours intentionnellement, on avait laissé en place des fragments de néoplasme, qui subirent secondairement le développement kystique et furent enlevés.

2° Bien qu'il en existe certainement de semblables, je n'ai pas pu découvrir, au sujet des récidives à distance, d'autre observation que celle qui suit; je l'ai recueillie dans le service de M. le Dr Laroyenne qui l'a opérée à 2 reprises, à dix ans d'intervalle.

Son histoire paraît d'ailleurs de tous points très remarquable.

OBS. — *Kyste de l'ovaire. — Grossesse. — Accouchement spontané. — Ovariotomie en* 1880. — *En* 1888, *apparition d'une tumeur dans la région du foie. — En* 1890, *accouchement. — Ouverture spontanée de la tumeur. — Extirpation* 3 *mois plus tard d'une poche de structure absolument identique à celle des kystes de l'ovaire. — Guérison.*

Veuve Fovr..., âgée de 40 ans, est au n° 1 de la salle Ste-Marie de la Clinique gynécologique.

La malade a vu ses premières règles avant l'âge de 10 ans; depuis cette époque, la menstruation a été toujours régulière; la malade ne présenta d'ailleurs aucun accident pathologique pendant l'enfance. Elle a eu son premier enfant à 23 ans.

En 1880, âgée de 30 ans, elle redevint enceinte; parallèlement à sa grossesse elle présenta bientôt tous les signes d'une tumeur kystique très considérable; celle-ci s'accrut avec rapidité; une ponction faite un mois avant le terme donna 15 litres de liquide

(1) Krankheiten der Ovarien. *Deutsch. Chir.* Lief. 58.

clair qui se reproduisit aussitôt ; l'accouchement se fit facilement et spontanément ; la malade dit que le développement de son abdomen était tel que l'expulsion de l'enfant ne modifiait pas sensiblement les apparences. 3 mois plus tard, M. le Dr Laroyenne fit l'ovariotomie ; la malade guérit sans accident ; mais 2 mois après elle offrait déjà les signes d'une éventration au début.

En 1884, 3e accouchement sans incident.

Il y a 2 ans que la malade s'est aperçue pour la première fois de la présence dans l'hypochondre droit d'une tumeur indolente du volume d'un gros poing, adhérente à la paroi abdominale. Depuis cette époque, cette tumeur n'a présenté dans son siège, ni dans son volume aucune modification.

En janvier 1890, étant enceinte de 7 mois, la malade prit l'influenza, puis une bronchopneumonie qui guérit. Elle accoucha au mois de mars d'un enfant vivant et bien portant.

Mais quelques semaines plus tard, la malade vit brusquement la peau qui correspondait à la tumeur devenir violacée ; dès le lendemain matin elle s'ulcéra ; M. Gouilloud qui la vit alors fit un débridement qui donna issue à une certaine quantité de liquide citrin, visqueux, absolument identique d'aspect à celui d'un kyste ovarien.

Enfin, elle eut encore à guérir d'un abcès de la fesse qui fut incisé et drainé par le chirurgien de la Maternité, M. le Dr Vincent. Ce dernier la fit passer dans le service de M. le Dr Laroyenne au commencement de juin 1890.

A ce moment, la malade, outre une large éventration au niveau de la ligne blanche, sous la cicatrice de l'ancienne ovariotomie, présente, à 0,07 environ au-dessous des fausses côtes droites, un trajet fistuleux occupé par un drain qui livre passage à une grande quantité de pus mélangé à de la sérosité visqueuse. Ce trajet fistuleux paraît très long et se dirige en bas et en dedans. Le palper indique l'existence d'une volumineuse tumeur sous-jacente à la fistule, tumeur fixée à la paroi, et se prolongeant du côté du pubis. Cependant, il n'est pas possible de la suivre dans la cavité pelvienne, et d'autre part les renseignements fournis par le toucher sont nuls.

Le liquide n'a aucun des caractères des liquides hépatiques, biliaires ou hydatiques, et reste au contraire très semblable à ceux de l'ovaire kystique.

On diagnostique un kyste de l'ovaire adhérent par son sommet à la paroi abdominale qu'il a ulcérée.

Le 9 juin, 2e opération par M. le Dr Laroyenne. — Une incision de 10 centim., partie de la fistule et se dirigeant verticalement en bas ouvre largement la paroi abdominale, puis la poche qui est adhérente dans toute son étendue. Cette poche, très épaisse, très irrégulière, présentant çà et là des diverticules est tapissée par des sortes de fausses membranes blanchâtres, peu adhérentes.

En la séparant des parois de l'abdomen, on constate qu'elle est insérée sur la masse intestinale. D'autre part, on voit qu'elle est, en bas, exactement limitée à l'extrémité inférieure de l'incision, et qu'elle ne présente au-dessous de la ligne ombilicale aucune espèce de prolongement.

La partie supérieure de la poche est fixée contre la face supérieure du foie; en la décortiquant, on met à nu la vésicule biliaire qu'on ponctionne pour se mettre hors de toute cause d'erreur, et qu'on suture ensuite.

A ce moment, la partie droite et supérieure de la plaie est remplie par l'estomac qu'on maintient réduit.

Le bord inférieur du foie encadre en haut la surface restante de la poche qui se trouve manifestement insérée à un bloc intestino-épiploïque.

On enlève avec précaution tout ce qu'il est possible ; mais l'on est bien forcé de laisser la surface assez mince qui représente le pédicule, surface un peu moins large que la paume de la main.

On suture alors les bords de cette plaque à la paroi abdominale, d'abord en passant en avant de l'estomac qui est définitivement réduit et maintenu. On agit de même au niveau du foie après avoir arrêté par un fil de soie une légère hémorrhagie du tissu hépatique entamé au niveau d'une adhérence. On complète enfin cette suture de la surface néoplasique à la paroi en utilisant autant que possible les débris subsistants des adhérences. Enfin l'on réunit les 2/3 inférieurs de l'incision primitive.

A ce moment, toutes les sutures achevées, la malade présente une cavité peu profonde, bien limitée, largement ouverte qu'on bourre avec de la gaze iodoformée en adoptant la technique de Mikulicz.

Gaze iodoformée. Coton salicylique. Bandage de corps.

Les suites opératoires ont été d'une simplicité absolue. 12 jours

après l'opération on fit le premier pansement. Tout était réuni, sauf, bien entendu, au niveau de la surface cruentée ; cette dernière, rétrécie de plus de moitié, était presque de niveau avec la peau un peu recroquevillée.

Le 30 juin. La cicatrisation marche activement, et la guérison sera complète sous peu de jours.

Examen de la pièce. — En examinant de près les fragments de tumeur enlevés, on constatait qu'on avait affaire à une série de tissus de nature et d'aspect très différents. Nous avons déjà parlé des fausses membranes blanches, épaisses, molles qui revêtaient la face interne du kyste. Une bonne partie de ce qui restait était constituée par des adhérences et des exsudats d'origine évidemment péritonéale ; ces masses d'ailleurs organisées et vasculaires enveloppaient des fragments de couleur jaunâtre imprégnés de liquide citrin légèrement visqueux et semé çà et là de petites cavités peu nombreuses, très irrégulières.

Voici ce que m'a donné l'examen microscopique de ces fragments (1).

La majeure partie est constituée par des masses de tissu conjonctif plus ou moins fibreux, toujours adulte, orienté irrégulièrement ; elles sont çà et là dissociées par des traînées hémorrhagiques. Ce tissu fibreux circonscrit des cavités très variables de forme et de dimensions. Nous n'avons pu découvrir à la surface des grands kystes que des traces d'épithélium aplati, déformé, qui manquent en beaucoup de points.

Les petits kystes sont nettement circonscrits par une rangée de bel épithélium cylindrique dont les noyaux occupent le pied et qui est parfaitement *typique*. Çà et là, dans les cloisons plus ou moins minces qui séparent les petites cavités, on trouve des végétations épithéliales très belles, formées par des tubes d'une seule rangée d'épithélium cylindrique semblable au précédent, de telle sorte que l'aspect général de la préparation est absolument identique avec celui que donnent les kystes de l'ovaire uni ou pauciloculaires à évolution normale. J'ajoute qu'on ne trouve pas

(1) Durcissement par alcool, gomme et alcool. Coloration par le carmin aluné ou l'hématoxyline de Klebs ; déshydratation dans l'alcool éosiné. Essence de girofle. Résine de Dammar.

(Laborat. du professeur Renaut dont nous avons eu l'honneur d'être le préparateur.)

de cellules caliciformes bien nettes, et que je n'ai pas non plus découvert de cils à la surface des rangées d'épithélium cylindrique.

Il y a surtout à noter dans la précédente observation:

1° L'apparition tardive d'une tumeur cysto-épithéliale de l'ovaire se manifestant longtemps après une ovariotomie;

2° La lenteur de son évolution; la bénignité de son type clinique et histologique;

3° Son développement en un point très éloigné de la souche primitive avec laquelle elle a perdu toutes ses connexions.

En somme, il y a eu récidive d'un kyste de l'ovaire, et récidive sur greffe. L'interprétation de cet accident ouvre le champ à de nombreuses hypothèses. En réalité, il paraît probable qu'une adhérence n'a pas été complètement détachée lors de la première intervention. Peut-être s'agissait-il d'une adhérence pariétale; mais il est plus probable qu'elle était intestinale. En pareil cas, les opérateurs laissent souvent sur l'intestin une couche aussi mince que possible de la paroi externe du kyste, pour éviter de décortiquer le péritoine, de compromettre ainsi la vitalité de l'anse dénudée, et de s'exposer à des hémorrhagies fort gênantes, et fort difficiles à arrêter.

Dans le fragment de kyste abandonné, il est resté quelque débris d'épithélium cylindrique qui après avoir sommeillé, s'est mis à végéter silencieusement en suivant exactement les habitudes de la tumeur mère.

Cette adhérence était-elle dès le début fixée sous le foie? A-t-elle au contraire suivi les pérégrinations d'une anse intestinale mobile dans l'abdomen jusqu'au jour où d'autres adhérences l'ont attachée à la paroi de l'hypochondre droit? Nous l'ignorons.

En tous cas, on peut rapprocher ce fait des observations assez nombreuses d'ovaires ou de kystes ovariques séparés de leur point de départ par la torsion, la rupture de leur

pédicule et greffés secondairement sur un organe intra-péritonéal quelconque : épiploon, intestin, etc. Chalot (1) en a réuni 28.

Quoi qu'il en soit, nous sommes autorisé à conclure *qu'un très petit fragment d'un kyste de l'ovaire enlevé dans sa presque totalité, peut se greffer, végéter tardivement, et vivre d'une vie autonome en suivant exactement les habitudes de la tumeur mère.*

DES INJECTIONS HYPODERMIQUES D'ERGOTINE ET DE LEURS APPLICATIONS

Par Mme O. W. Prokofiewa.

Du service gynécologique de l'Institut clinique de la Grande-Duchesse Hélène Pawlowna à St-Pétersbourg (2).

L'influence du seigle ergoté sur le système musculaire de la matrice est un fait depuis longtemps établi en gynécologie. Son emploi dans les fibro-myômes utérins amène dans quelques cas non seulement un arrêt dans le développement de la tumeur, mais aussi une diminution considérable dans son volume. Parfois il paraît même que ce traitement détermine la disparition complète et radicale de la tumeur.

Dans la cure de malades affectées de fibro-myômes, on s'efforce principalement de diminuer la congestion sanguine de l'utérus et de la tumeur qu'il contient.

En agissant ainsi on prévient les hémorrhagies, on diminue l'affluence à la tumeur des éléments constituants et en même temps on arrête son développement.

Pour atténuer la congestion utérine, on dispose de quelques substances qui agissent sur le tissu musculaire de la matrice en déterminant la contraction de ses fibres musculaires lisses.

---

(1) *Annal. de gynéc.*, 1887.

(2) Communication faite à la *Société d'accouchement et de gynécologie de St-Pétersbourg.*

Entre toutes, nous devons placer en première ligne le seigle ergoté et surtout l'ergotine, dont le mode d'emploi le plus efficace est l'injection hypodermique. Depuis que Hildebrandt (1) a publié les résultats qu'il a obtenus avec l'ergotine, cette méthode paraît avoir acquis les préférences des spécialistes.

Hildebrandt se servait d'une solution aqueuse d'ergotine combinée à partie égale avec de la glycérine, mais les expériences ultérieures de Schrœder, Fritsch, Horwitz et autres montrèrent que cette pratique est accompagnée souvent de complications locales, telles que rougeur, douleur, induration, et parfois de la suppuration au niveau des piqûres. Comme il faut parfois répéter ces injections presque chaque jour pendant un temps assez long (2 à 3 mois), les gynécologistes se sont efforcés de prévenir les susdites complications locales, et dans ce but ont proposé plusieurs autres méthodes d'application de l'ergotine. Presque tous ces auteurs, jusqu'à nos jours, supposaient, que les complications inflammatoires locales sont dues essentiellement aux qualités irritantes propres à la nature même de la préparation pharmaceutique. Aussi, pour atténuer cette action irritante de l'ergotine, avait-on recours à l'eau, à la glycérine, etc., que l'on ajoutait aux solutions en proportions considérables. D'autres, comme Hart-Barbour (2) et Bumm attribuaient une grande importance au choix du point d'injection. Ils indiquent des régions, où, selon eux, l'absorption de l'ergotine se produit plus promptement, et où, par suite, son action irritative est diminuée.

Pour prouver, que les tentatives d'atténuer l'action irritante de l'ergotine, ont eu lieu, en effet je me permets de citer ici quelques auteurs.

Sviedersky (3) proposa d'employer la solution d'ergotine

---

(1) *Berliner klinische Wochenschrift*, 1870, nos 50 et 51 ; 1872, no 25.

(2) La pathologie et la thérapie spéciale des maladies des femmes, par le professeur K. SLAVIANSKY (en russe), p. 598, 1888.

(3) *Berliner klinische Wochenschrift*, 1870, nos 50 et 51.

avec l'alcool, la glycérine et l'eau pris dans différentes proportions. Dobronrawoff (1) recommande la formule de Simon, où l'ergotine possède une concentration relativement faible. Cette formule est la suivante : Secale cornut. dyalisati, 1 partie sur 10 parties d'eau et de glycérine, prises dans les proportions égales (*ana partes æquales*). Lilienfeld (2) recommande l'ergotine de Bombellon : 2 parties d'ergotine pour 8 d'eau.

Parmi les auteurs, qui attribuent la plus grande importance au choix du point de l'injection, à la région où on opère, je citerai Bumm (3), qui a publié récemment ses considérations sur ce sujet.

Pour éviter la réaction locale, il conseille de faire les injections sous-cutanées dans les muscles de la fesse (*nates*). Il insiste sur ce fait que, dans cette région, l'absorption s'effectue plus promptement que dans le tissu cellulaire des téguments abdominaux et que l'action irritante de l'ergotine disparaît plus vite. La solution d'ergotine, employée par Bumm, se compose d'une partie d'ergotine pour 5 ou 10 parties d'eau.

Parmi les préparations d'ergotine les plus répandues il faut mentionner celle, proposée par Wernich (4) en 1874. Wernich, de son côté, attribue l'action irritante de l'ergotine aux mélanges chimiques extraits du seigle ergoté, qui s'associent avec l'ergotine même. Aussi donne-t-il la plus grande importance à la pureté de la fabrication de l'ergotine, en enlevant soigneusement la graisse, le mucus, les substances pectiniques, et autres mélanges par l'alcool, la filtration, etc. Cependant au point de vue des doctrines aseptiques et antiseptiques, les préparations de Wernich sont insuffisantes. Les expériences du professeur Pœhl (5) ont montré que le

(1) *Annales de la Société chirurgicale de Moscou*, 1876 (en russe).

(2) *Centralblatt für Gynækologie*, 1887, n° 48.

(3) *Centralblatt für Gynækologie*, 1887, n° 28.

(4) *Berliner klinische Wochenschrift*, 1876, n° 13.

(5) Pœhl. Asepsie et antisepsie dans la fabrication des remèdes (*Medecine pratique*, journal russe, 1887).

papier à filtrer contient une quantité considérable de micro-organismes, de sorte que la solution après son passage à travers ce papier en contient un nombre beaucoup plus grand, qu'*avant* la filtration. De plus, la manipulation usuelle du pliage du papier pour en faire un filtre est en contradiction absolue avec tout principe antiseptique. Même cette eau soi-disant distillée, employée dans le procédé de filtration, contient souvent différentes substances organiques volatiles. Voilà pourquoi les préparations de Wernich ne peuvent être conservées longuement et se moisissent bien vite. Ces préparations ont été toutefois recommandées par le professeur K. Slaviansky (1) qui en fait mention dans le premier volume de son « Traité de gynécologie ». Cet auteur l'administre de la manière suivante :

R. Ergotini dyalisati Wernichi, gr. XII (0,7 gr.).
Aq. distillat. 2 drachmes (7,00 gr.).
Acid. carbol, gr. I. (0,06 gr.).
M. D. S. Pour les injections sous-cutanées.

Si cette solution est *bien* (?) préparée, dit l'auteur, elle ne doit point se corrompre. On y ajoute de l'acide carbolique, probablement, dans le but de conserver la solution et d'y détruire l'action des micro-organismes. Mais nous devons noter que ce supplément de phénol ne fait qu'augmenter l'action irritante du remède, n'ayant aucune influence réelle sur la présence des micro-organismes, puisque le pourcentage du phénol dans la solution n'y dépasse pas 0,8 pour 100. Du reste, l'auteur lui-même (voir p. 598) dit plus loin, que, comme on peut craindre que la solution se décompose, il est utile de la prescrire en quantités minimes ne pouvant servir que pour *deux* injections hypodermiques.

Les indications bibliographiques ainsi recueillies peuvent suffire, selon moi, pour indiquer les inconvénients des méthodes appliquées aux injections sous-cutanées d'ergotine au point

(1) Prof. SLAVIANSKY. *Pathologie et thérap. de malad. d. femmes,* 1888 (en russe).

de vue des complications qui surviennent ordinairement après leur emploi. En même temps les travaux cités prouvent que ces complications inflammatoires ne peuvent être écartées ni par le choix du point d'injection, ni par le remplacement d'une préparation par l'autre. De nouvelles recherches ont été faites dans ces tout derniers temps pour donner une nouvelle explication des accidents qui compliquent souvent les injections hypodermiques d'ergotine. Engelmann (1), contrairement aux auteurs précédents, n'attribue aucune importance ni au choix de la région à injecter, ni au degré de concentration ou d'acidité de la préparation soit de Bombellon, soit de Wernich. Il attribue l'action irritante locale du remède aux micro-organismes, amassés dans toutes ces préparations. Aussi recommande-t-il d'employer de l'eau stérilisée pour faire les préparations d'ergotine.

Mais tandis que dans la littérature étrangère ces considérations générales commencent à peine à paraître et qu'on n'en fait que des allusions par rapport à l'emploi de solutions aseptiques d'ergotine, chez nous, en Russie, les injections hypodermiques de ces solutions s'appliquent avec grand succès dans le service gynécologique de l'Institut clinique de la grande-duchesse Hélène Pawlowna, grâce à l'initiative du professeur Ott. Il se sert de solutions stérilisées d'ergotine préparées par le prof. Poehl et livrées par celui-ci dans des petits flacons bien soudés, ayant une capacité de 2 cent. cubes chacun. On a déjà pratiqué plusieurs centaines de ces injections à l'aide d'ergotine conservée dans les susdits flacons et l'on n'a jamais observé de phénomènes douloureux, sauf quelques cas exceptionnels, où sur le point de piqûres sont apparues des indurations sans douleur, disparaissant en peu de temps. Le professeur Poehl, dans sa communication au congrès de 1885, faite à la Société médicale de Moscou et St-Pétersbourg, attribuait déjà avec raison une grande impor-

(1) *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1886, n° 39, et *Centralblatt für Gynäkologie*, 1888, n° 1.

tance à l'application rigoureuse des principes d'asepsie et d'antisepsie dans la préparation de solutions destinées aux injections hypodermiques.

En effet, pour tout individu convaincu de la valeur indubitable des doctrines antiseptiques, il est même surprenant, que malgré les conditions ordinaires favorables à la décomposition des solutions destinées aux injections hypodermiques, ces solutions n'aient provoqué que rarement des suites funestes.

L'emploi de solutions stérilisées, en injections hypodermiques, n'étant encore guère répandu parmi les médecins de nos jours, j'ai trouvé bon d'en parler ici (1).

En terminant, je présente un résumé de la méthode de préparation des solutions stérilisées d'ergotine pratiquée par le professeur Poehl.

Le local pour préparer les solutions stérilisées présente une chambre, qu'on appelle la « chambre sublimée »; ses murs sont couverts de carton suédois, imprégné de solution de sublimé. On verse la solution d'ergotine, préparée avec de l'eau stérilisée, dans des petits tubes préalablement stérilisés, portant dans leur partie inférieure un élargissement en forme de petite bouteille. Grâce à sa forme, le flacon peut rester debout sur la table. Ces flacons, remplis du liquide sont restérilisés à l'aide du chauffage réitéré ne dépassant pas température de 50° C. (car dans la température plus haute l'ergotine se décompose). Après cette stérilisation réitérée les bords ouverts des flacons sont soudés au moyen de la flamme du bec de Drummond. Quand les tubes sont suffisamment refroidis, on pratique soigneusement une entaille, au moyen d'une lime au-dessus de l'élargissement. Pour se servir de la solution enfermée dans le tube on n'a qu'à presser légèrement sur l'entaille pour séparer son extrémité soudée. La solution a une réaction faiblement acide. Ordinairement

(1) Le professeur SLAVIANSKY, par exemple, dans son Traité récent ne dit pas un seul mot sur l'emploi des solutions stérilisées.

on se sert de solutions à 10 pour 100 d'ergotine. Pour faire une injection il faut employer une seringue de Pravaz tout entière, c'est-à-dire 0,1 gr. d'ergotine pour chaque injection. Il est évident que l'aiguille et la seringue avant leur application doivent être soigneusement désinfectées.

Ces préparations d'ergotine ainsi enfermées sont très portatives. Le prix de chaque flacon est à peu près de 37 centimes (15 copecks russes). Les autres préparations d'ergotine ne sont pas moins chères, vu qu'on est obligé de les renouveler plus souvent par suite de leur décomposition rapide.

Outre les préparations d'ergotine on emploie dans le service de l'Institut encore d'autres solutions stérilisées, pour la morphine, la cocaïne, etc.

BASSIN RÉTRÉCI. — ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL PROVOQUÉ A L'AIDE DU BALLON DU DOCTEUR CHAMPETIER DE RIBES. — SUCCÈS POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT (1).

Par le Dr **Ferré**, médecin-adjoint de la Maternité de Pau.

La nommée F..... (Jeanne-Marianne) s'est présentée à la Maternité de Pau, pour la première fois, le 2 octobre 1887, au terme de sa deuxième grossesse.

Au moment de son entrée on constate que la poche des eaux est rompue et qu'il y a procidence du cordon.

En l'absence des médecins de l'établissement, je suis appelé parce que le travail n'avançait pas.

A mon arrivée, je constate que l'enfant a succombé et que l'extrémité céphalique qui se présente en O.I.G.T. est arrêtée au détroit supérieur.

Promontoire accessible à 10 centimètres 1/2 de l'angle sous-pubien.

Après une vaine application de forceps, je fais la perforation du crâne, et j'amène alors, assez facilement, par le forceps, un

(1) Observation redigée d'après les notes prises par Mme Puzou, sage-femme en chef de l'établissement.

fœtus du sexe masculin pesant 3 kilog. 300 gr. sans la matière cérébrale.

Antisepsie rigoureuse pendant et après le travail.

Suites de couches tout à fait normales ; température la plus basse 36°,4, la plus élevée 37°,7.

Cette femme ne présente d'autre signe extérieur de rachitisme qu'un facies vieillot ; elle a 32 ans et on lui en donnerait facilement 45.

Lors de son premier accouchement il avait fallu aussi avoir recours au forceps, sur lequel le médecin qui l'appliquait fit des tractions tellement énergiques qu'il ne fallut pas moins de sept personnes pour retenir la parturiente. Le fœtus franchit subitement, paraît-il, l'obstacle qui l'arrêtait, et du même coup tout le canal génital. Le périnée fut profondément déchiré et il n'en reste, actuellement, qu'une mince cloison séparant encore le rectum du vagin.

Les suites de couches furent longues, mais l'accouchée finit cependant par se rétablir.

Aucune recommandation ne lui avait été faite pour le cas d'une nouvelle grossesse.

Au moment de sa sortie de la Maternité je recommande expressément à cette femme de se présenter, si une nouvelle grossesse survient, dès la fin du sixième mois de la gestation.

Elle se représente en effet dans le courant du mois d'octobre 1889, enceinte pour la troisième fois.

Ses dernières règles ont paru le 20 mars; elles ont duré quatre jours.

M. le Dr Robert, directeur de la Maternité, l'examine. Il constate que le bassin est rétréci et que le diamètre promonto-sous-pubien mesure bien 10 centimètres 1/2. La hauteur de la symphyse, mesurée avec le compas d'épaisseur, les extrémités des branches étant fortement appliquées l'une au sommet de l'angle sous-pubien, l'autre sur la dépression sus-pubienne, à égale distance des deux épines pubiennes, donne 6 centimètres 1/2; le mont de Vénus étant recouvert d'une couche cellulo-adipeuse assez épaisse, on peut réduire la hauteur vraie de la symphyse à 5 centimètres 1/2 environ.

M. le Dr Robert décide de provoquer l'accouchement prématuré au commencement de décembre et il veut bien me confier le soin

de pratiquer cette opération en me laissant le choix des moyens à employer.

J'y procède le 3 décembre avec l'aide de Mme Puzou, sage-femme en chef, et le concours bienveillant de MM. les Drs Robert et Monod, directeur et sous-directeur de la Maternité.

La malade, l'intestin étant préalablement vidé, est mise dans un bain de siège chaud, d'une solution de sulfate de cuivre à 1/100 où la partie supérieure des cuisses, siège, abdomen, vulve sont minutieusement lavés ; elle reçoit ensuite une irrigation vaginale de deux litres de la même solution chaude.

Elle est placée alors sur le lit de travail.

Par le palper je constate que l'extrémité céphalique fléchie est située au-dessus de l'aire du détroit supérieur, la saillie frontale, très accessible, tournée directement à droite, la nuque à gauche ; il n'y a d'engagement à aucun degré et la tète est très mobile ; le plan du dos regarde à gauche et un peu en avant ; le siège est au fond de l'utérus et à droite, les petites extrémités, peu accessibles, à droite.

Les bruits du cœur fœtal ont leur maximum à 3 cent. au-dessus de l'ombilic et un peu à gauche.

Le toucher montre que l'excavation est vide et que la moindre pression exercée avec le doigt sur la tête la déplace. L'indicateur peut pénétrer facilement dans le col, jusque sur les mem-

Le palper mensurateur me donne les renseignements suivants :

branes.

ayant saisi l'extrémité céphalique du front à la nuque, en maintenant la flexion, et l'ayant appliquée à l'aire du détroit supérieur, j'ai une sensation de résistance osseuse, et je constate que, malgré quelques pressions assez énergiques, elle ne s'engage que très peu ; M. le Dr Robert, ayant pratiqué le toucher pendant cette manœuvre, constate aussi que le sommet ne descend que fort peu sous mon impulsion. Toutefois, ayant remarqué que la tête fœtale ne déborde pas sensiblement la ceinture osseuse du détroit supérieur, je crois pouvoir présumer qu'elle passera, mais non sans quelque difficulté.

Après cet examen je place d'abord au-dessus de l'orifice interne un ballon Tarnier de la manière suivante : mes mains, le ballon ainsi que son conducteur, ayant été soigneusement rendus aseptiques, j'introduis l'index et le médius de ma main gauche,

préalablement enduite de vaseline phéniquée, dans le vagin; je fais pénétrer le médius dans le col aussi profondément que possible de manière à tenir celui-ci entre le médius ainsi placé et l'index resté dans le cul-de-sac vaginal latéral droit, la paume de la main regardant en haut. Je fais glisser alors l'extrémité du conducteur muni du ballon; le tout bien enduit de vaseline phéniquée, sur la face palmaire du médius et, dès qu'elle a franchi l'extrémité de celui-ci, j'abaisse lentement le manche de l'instrument vers le périnée en le faisant pénétrer de la longueur nécessaire pour porter le ballon au-dessus de l'orifice interne.

Toute cette manœuvre s'est faite sans aucune résistance de la part du col et sans aucun déploiement de force; la malade, qui n'est pas endormie, n'a rien senti, si ce n'est un peu de cuisson à la vulve provoquée par la vaseline phéniquée.

Mes mains restant en place, Mme Puzou introduit à l'extrémité du tube du ballon la canule d'une seringue préalablement chargée de la quantité d'eau phéniquée nécessaire pour gonfler convenablement le ballon. Mais, à peine commence-t-elle à pousser l'injection, que je perçois de la main qui tient le manche du conducteur comme une sensation de craquement qui me fait annoncer que les membranes viennent de se rompre; quelques secondes après le liquide amniotique paraît à la vulve.

Afin de conserver la plus grande quantité possible de liquide dans l'utérus, je me prépare à remplacer, sur-le-champ, le ballon Tarnier par le ballon du Dr Champetier de Ribes, celui-ci devant produire une occlusion beaucoup plus hermétique du col.

Je jauge d'abord la quantité de solution phéniquée qu'il faudra injecter dans le ballon pour lui donner, à sa partie la plus volumineuse, 10 centimètres de diamètre réductible à 9 (le ballon n'étant pas complètement rempli). La plus grande circonférence mesure alors 31 centimètres.

Je le vide soigneusement sous la solution phéniquée du liquide et de l'air qu'il contient et l'ayant roulé étroitement sur lui-même en forme de gros cigare, je le saisis à 2 centim. de son extrémité libre, qui est régulièrement conique, avec une pince à forcipressure ordinaire, longue de 27 centim., à mors légèrement courbes.

Cet appareil, qui a été préalablement désinfecté avec soin, est soigneusement enduit de vaseline phéniquée; je le porte alors

dans l'utérus en suivant la même méthode que pour l'introduction du ballon Tarnier, qui a été préalablement retiré. Toute ma pince disparaît dans le vagin; je la désarticule et, avant de la retirer, Mme Puzou commence à injecter le liquide dans le ballon. Il pénètre d'abord difficilement et quelques grammes refluent sous la pression de la seringue. La pince me paraissant faire obstacle à la pénétration du liquide, je la retire en maintenant le ballon à l'aide du doigt médius resté dans le col. Le liquide pénètre alors mieux et, à mesure que le ballon se déroule, je le refoule dans l'utérus à l'aide du doigt médius toujours maintenu dans le col profondément.

Bientôt, la base du ballon s'étant élargie, celui-ci remonte tout seul et s'élève au-dessus du détroit supérieur en refoulant la tête fœtale vers la fosse iliaque droite, puis vers le flanc droit.

Toute cette manœuvre s'est opérée sans aucune difficulté, sans aucune résistance des voies génitales, sans aucun déploiement de force et la patiente, qui n'est toujours pas endormie, n'a éprouvé autre chose qu'une sensation de « gonflement ».

Ces deux opérations successives n'ont duré chacune que quelques minutes et quand la seconde est terminée il est cinq heures 1/2 du soir.

A ce moment les choses se présentent de la manière suivante : la tête du fœtus fléchie est située dans le flanc droit, et c'est la nuque qui appuie sur la base du ballon ; le plan latéral gauche du fœtus regarde directement en avant, le dos à gauche ; le segment supérieur du ballon est situé au-dessous du détroit supérieur, son segment inférieur occupe l'excavation ; le col utérin est occupé par le col du ballon ; celui-ci est aplati, vide de liquide, et fait avec le corps du ballon un angle à peu près droit à sinus antérieur. Les battements du cœur de l'enfant sont normaux. Tout écoulement de liquide amniotique a cessé. Les choses restent dans cet état pendant deux heures.

A 7 heures 1/2 a lieu la première contraction utérine, à la suite de laquelle l'utérus demeure comme tétanisé pendant vingt minutes. Puis les contractions deviennent normales, se régularisent en présentant des intervalles de repos d'une minute.

Le toucher, pratiqué pendant la contraction utérine, montre que celle-ci abaisse le ballon, coiffé du segment inférieur de l'utérus, et en fait refluer le liquide dans le col. Cette double action d'abais-

sement du ballon et de gonflement de son col dilate peu à peu le col utérin.

A 11 h. 1/4 la dilatation égale à peu près le diamètre d'une pièce de cinq francs; les rapports du ballon avec l'excavation sont peu modifiés, il descend pendant la contraction et remonte quand celle-ci cesse.

A 1 h. (3 décembre) la dilatation est presque complète et le ballon profondément engagé dans l'excavation pelvienne.

A 2 h. le ballon tout entier est descendu dans l'excavation; sa base a franchi le détroit supérieur où elle a été remplacée par la tête fœtale qui a repris exactement sa position primitive O.I.G.T.

A partir de ce moment le ballon n'avance plus; les contractions utérines sont impuissantes à faire franchir le détroit supérieur par la tête, qui y demeure comme suspendue, et ne communique plus aucune pression efficace à la base du ballon.

A 3 h. le col de l'utérus étant complètement béant, je fais quelques tractions sur le tube du ballon, et aidé par les contractions vaginales, je l'amène lentement hors des voies génitales qu'il dilate au passage. Il s'écoule à ce moment une certaine quantité de liquide amniotique dont plus une seule goutte n'avait paru à la vulve depuis l'application du ballon.

La tête ne descend toujours pas, et les battements du cœur fœtal, qui étaient restés normaux pendant toute la durée du travail, commençant à faillir, je fais immédiatement une application de forceps. La tête est saisie obliquement, et des tractions assez énergiques sont nécessaires pour lui faire franchir le détroit supérieur; le reste du canal génital n'oppose aucune résistance anormale.

A 3 h. 1/4 j'extrais un enfant inerte, mais que quelques soins appropriés raniment vite et qui ne tarde pas à crier vigoureusement. Il est du sexe masculin et pèse 2,730 grammes.

Les diamètres de la tête, pris immédiatement, donnent les chiffres suivants:

Occipito-mentonnier..............	13	centimètres.
Sous-occipito-bregmatique.........	9	—
Bipariétal........................	8	—
Bifrontal..........................	8	—
Bimastoïdien.....................	7	—

La prise du forceps a été faite de la bosse frontale droite à l'oreille gauche.

La délivrance a lieu spontanément et sans incident après quelques minutes d'attente.

Il serait superflu d'exposer comment les précautions antiseptiques les plus rigoureuses ont été prises pour tous les touchers ainsi que pour l'application de forceps.

Les suites de couches ont été des plus normales, bien que la malade, en raison de l'extrême sensibilité de la vulve, n'ait reçu que des injections vaginales d'eau bouillie; la vulve a été pansée avec des compresses imbibées d'une solution de sulfate de cuivre à 1/100.

La température, prise matin et soir, a donné comme chiffre le plus élevé 37°,8 le 6 décembre au soir (3e jour); et la plus basse 36° le 4 décembre au matin (2e jour).

La rétraction utérine s'est faite seulement avec une lenteur marquée.

La mère et l'enfant sont sortis de l'établissement le 12 décembre dans un état aussi satisfaisant que possible.

Le ballon, soigneusement examiné avant d'être vidé, n'a présenté aucune avarie; il mesurait 30 centimètres dans sa plus grande circonférence, et 9 centimètres 1/2 de diamètre réductible à 7; ces dimensious sont inférieures à celles que je m'étais proposé de lui donner; mais j'ai dit plus haut qu'une petite quantité de liquide s'était perdue au début de l'opération du gonflement.

A cette observation j'ajoute un renseignement qui a bien sa valeur pour apprécier le procédé employé : c'était la première fois que j'appliquais la méthode du Dr Champetier de Ribes.

Jugeant que tout commentaire ne pourrait qu'obscurcir une si claire démonstration de l'excellence du procédé, je m'en abstiendrai.

Je ne puis cependant clore cette relation sans exprimer à MM. les Drs Robert et Champetier de Ribes toute ma reconnaissance : à M. le Dr Robert, directeur de la Maternité de Pau, pour la haute confiance qu'il m'a témoignée en me lais-

sant choisir et appliquer le procédé employé pour provoquer cet accouchement prématuré; à M. le Dr Champetier de Ribes, accoucheur des hôpitaux de Paris, pour les précieuses indications et l'inépuisable complaisance qu'il m'a prodiguées à cette occasion.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE LA COLPOCÈLE POSTÉRIEURE (1)

Par le Dr **Maurice Marx.**

A. — Des diverses variétés de colpocèle postérieure.

On peut diviser les prolapsus, eu égard à leur traitement, en deux grandes catégories :

1° L'utérus a quitté sa position normale ; les ligaments utéro sacrés s'étant relâchés, l'utérus s'est mis en rétroversion, puis est descendu plus ou moins loin dans le vagin.

2° L'utérus est resté en place, les ligaments utéro-sacrés ne sont que peu ou pas relâchés.

1° Contre le prolapsus utérin accompagné de colpocèle, on a, il y a longtemps déjà, imaginé des opérations destinées à opposer aux organes procidents une barrière efficace, formée par un renforcement périnéal.

Trotula, le premier, aurait eu l'idée de combattre par une restauration périnéale les chutes de la paroi vaginale postérieure.

Longtemps après lui, Ambroise Paré, sans connaître les travaux de son prédécesseur, proposa l'opération de la périnéorraphie.

Puis vinrent Guillemeau, de la Motte, Brandes, Dupuy-

---

(1) Voir pour plus de détails notre thèse, *De la colpocèle postérieure*. Paris, Steinheil, 1890.

tren, Diffenbach, Noël, Saucerotte, Antoine et Paul Dubois. Ce n'est toutefois que lorsque parut le mémoire de Roux, en 1834, que la périnéorraphie fut franchement acceptée.

La première opération qui fût faite pour remédier à la colpocèle postérieure, mais là encore accompagnée de prolapsus utérin, fut, en 1832, l'*épisiorraphie* de Frike, de Hambourg. Il enlevait les petites lèvres, avivait la partie des grandes lèvres qui se trouve au niveau de la fourchette et au-dessus, et suturait l'une à l'autre les parties cruentées.

Cette opération qui, paraît-il, donna trois succès à Frike et quatre à Geddengs, de Charleston, en 1839, dut être rejetée. Elle était défectueuse par plusieurs côtés. Ou bien l'opération réussissait, et alors la barrière opposée par les lèvres suturées était trop faible et se laissait distendre, ou bien les sutures cédaient à la fourchette et il se formait là une fistule. Ou bien encore l'orifice, laissé en avant, entre les parties antérieures des grandes lèvres, se distendait et donnait passage au vagin prolabé.

Puis vinrent les *avivements de la paroi vaginale* propre, avivements variables de forme, portant sur une plus ou moins grande surface, et situés sur une partie plus ou moins profonde de la paroi postérieure.

Enfin on en vint aux *opérations portant en même temps sur le vagin et le périnée*, tendant à refaire un périnée en même temps qu'elles contribuaient à rétrécir le conduit vaginal.

Baker Brown, d'après Schrœder, a le premier cherché à opérer, non seulement en établissant un plancher pelvien épais, résistant et inflexible, mais en faisant un nouveau périnée. Il avivait à partir de la commissure postérieure du vagin, jusqu'à une très petite profondeur sur la partie vaginale postérieure ; puis il réunissait les surfaces par un grand nombre de sutures enchevillées et d'épingles, ces dernières n'intéressant que le périnée.

Le périnée gagnait ainsi en longueur, mais la cicatrice ne pénétrait que très peu dans le vagin.

Cette opération était insuffisante ; elle ne faisait qu'allonger le périnée. Du reste, ce dernier était distendu par la poche formée derrière lui par le vagin. Celui-ci n'étant pas rétréci, comme le fait observer Emmet, venait par ses replis presser sur la barrière factice qu'on lui avait opposée.

Aujourd'hui, le prolapsus utéro-vaginal est combattu par une *série d'opérations* dont le premier temps porte sur la paroi vaginale antérieure.

Ce premier temps est appelé colporraphie antérieure, le second temps porte sur l'utérus lui-même, que l'on est la plupart du temps forcé de ramener en avant et en haut, soit par l'opération d'Alexander, soit par l'hystéropexie abdominale. Enfin, le troisième temps porte sur la paroi vaginale postérieure et le périnée.

Un grand nombre de procédés, que nous décrivons en détail plus loin, sont aujourd'hui mis en pratique pour tendre et diminuer la paroi postérieure du vagin, et pour refaire un périnée. Simon, Hegar, Bischoff, Schrœder, Martin, Emmet, Lawson Tait, ont vanté chacun des procédés qu'ils ont imaginés, et qui remplissent pour ainsi dire un même but qui est, par le rétrécissement du vagin, le soutien du segment pelvien antérieur.

2° Dans une deuxième série de cas, l'utérus étant en place ou à peine descendu, la paroi postérieure du vagin forme colpocèle. On peut en distinguer deux variétés : une colpocèle postérieure profonde et une totale.

Divers opérateurs pratiquent encore dans ce cas les opérations vagino-périnéales qu'ils font dans le cas de prolapsus utéro-vaginal et cela indifféremment, qu'il y ait colpocèle postérieure profonde ou colpocèle postérieure totale. Telle ne doit pas être, d'après nous, la facon de procéder.

Dans la colpocèle profonde, on doit se contenter d'une colporraphie postérieure ovalaire, portant sur le cul-de-sac postérieur du vagin. Dans le cas de colpocèle postérieure totale avec périnée insuffisant et sans prolapsus utérin, on doit pratiquer la colpopérinéorraphie ; et, de tous les procédés,

celui auquel nous donnons la préférence est celui de M. le Dr Doléris, c'est-à-dire la colpopérinéoplastie par glissement.

B. — Procédés opératoires employés dans les cas de colpocèle postérieure.

I. — Procédé de Simon. — C'est à Simon (1871) que nous devons la colporraphie postérieure, avec restauration du périnée.

Simon agit comme Baker Brown, mais pénètre bien plus profondément que lui dans le vagin. Sa surface avivée présente un périmètre de forme pentagonale, ayant une base de cinq à six centimètres à l'endroit de la fourchette. Elle se prolonge dans le vagin de six à sept centimètres.

A son sommet, qui est profond, la surface a perdu, en lar-

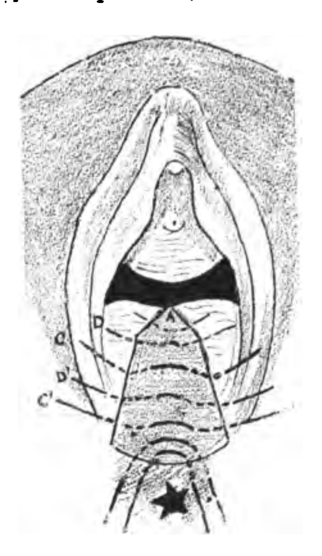


Fig. 1. — Procédé de Simon.

geur, un centimètre. La hauteur du trajet est plus ou moins considérable. Sa base a une forme courbe pour faciliter la coaptation des lèvres de la plaie.

La façon d'aviver est la suivante :

Un aide introduit le doigt dans le rectum et fait saillir la partie profonde de la paroi vaginale postérieure. L'angle supérieur de la plaie, ouvert en bas, est formé par deux lignes divergentes et on dissèque en tirant en avant le lambeau.

Pour placer des sutures, Simon place d'abord deux fils traversant l'angle A (figure 1), puis, alternativement, il place en descendant vers la commissure vulvaire, une série de fils profonds et superficiels.

Les fils périnéaux sont placés de même alternativement, profonds et superficiels. Les sutures vaginales sont faites au fil de soie, et jouent d'après Hegar, le rôle principal. Les fils périnéaux ne doivent pas pénétrer à une profondeur excédant un centimètre et demi.

II. — PROCÉDÉ DE HEGAR (1873). — Hegar l'appelle *Périnéauxésis*. Sa surface d'avivement a la forme d'un triangle (fig. 2).

Plus la masse prolabée est considérable, plus sont grandes les dimensions de cette surface.

Dans les cas légers de colpocèle, il suffit, d'après Hegar lui-même, d'aviver un triangle présentant de six à sept centimètres de large au niveau de sa base et une hauteur de sept centimètres.

Quand le prolapsus est très accentué, la base doit mesurer huit centimètres, la hauteur neuf. Disons en passant, qu'aujourd'hui, les surfaces d'avivement sont beaucoup plus étendues dans certains cas.

Hegar fait prendre à la malade le décubitus dorsal. Il attire la paroi postérieure en avant par une pince placée là où doit être le sommet du triangle. Il dissèque au bistouri. Si la cloison est mince, un doigt placé dans le rectum guidera la main qui dissèque et donnera plus de sécurité. Enfin, une fois l'avivement terminé, on égalise la plaie avec les ciseaux.

Schrœder prétend que Hegar ne met que des sutures pro-

fondes. Hegar lui-même dit qu'il place des sutures profondes et des superficielles (1).

Les fils dont il se sert sont des fils d'argent. Aujourd'hui que les fils de soie sont presque exclusivement employés, on

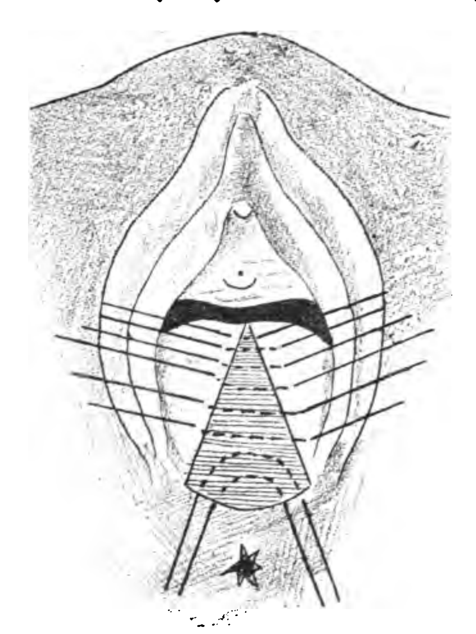


Fig. 2. — Procédé de Hegar.

peut dire que c'est un des défauts du procédé de Hegar. Les fils d'argent coupent les tissus. Les fils de soie peuvent être laissés plus longtemps en place, comme le prouvent les fils oubliés par hasard. On a encore reproché à Hegar de faire un avivement tel que les parties à suturer sont difficiles à réunir et que, une fois réunies, les lèvres de cet avivement, coupées par les fils, forment en s'éloignant des solutions de continuité très difficiles à combler (Martin).

III. — Procédé de Bischoff. — Bien avant Martin, dont nous examinerons le procédé tout à l'heure, Bischoff avait

(1) Hegar et Kaltenbach. *Gyn. opér.* Trad. par Paul Bar. G. Steinheil, éditeur.

eu l'idée de respecter dans sa colpopérinéorraphie la colonne postérieure du vagin.

Son procédé est fort bien décrit par Hegar et Kaltenbach auxquels nous empruntons ce compte rendu. Bischoff, disent ces auteurs, saisit avec une pince l'extrémité antérieure de la colonne vaginale et l'isole de la cloison recto-vaginale en la disséquant d'avant en arrière, et en formant avec elle un lambeau qu'il relève, au fur et à mesure qu'il dissèque, vers la partie antérieure du vagin. Puis il la confie à un aide.

Le lambeau ainsi formé présente une base encore adhérente. De chaque côté de cette base (fig. 3), il fait partir une

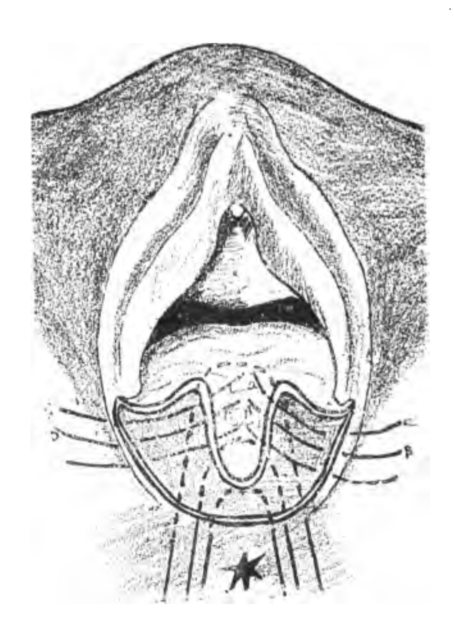


FIG. 3. — Procédé de BISCHOFF.

incision latérale courbe qui va jusqu'au milieu de la petite lèvre. Il réunit les extrémités libres de ces incisions par une autre incision en croissant, transversalement située, au niveau de la fourchette, et présentant une convexité inférieure.

Enfin il avive toute la surface comprise entre les incisions, en arrachant et en égalisant aux ciseaux.

Pour terminer il fixe, par des sutures, les lèvres du lambeau formé par la colonne aux lèvres des incisions latérales, puis il pose des fils périnéaux profonds. Bischoff faisait autrefois des sutures vaginales à la soie et des sutures périnéales au fil d'argent. Plus tard il les fit au catgut en sutures à étages.

On reproche à ce procédé de donner une commissure vulvaire située en un point plus élevé et plus antérieur qu'à l'état normal. Hegar et Kaltenbach lui reprochent ses sutures perdues. Ce défaut n'en est pas un, car le catgut se résorbe.

IV. — PROCÉDÉ DE LOSSEN (1). — Nous ne nous arrêterons par sur les deux procédés suivants, ce ne sont que de légères modifications du procédé de Simon.

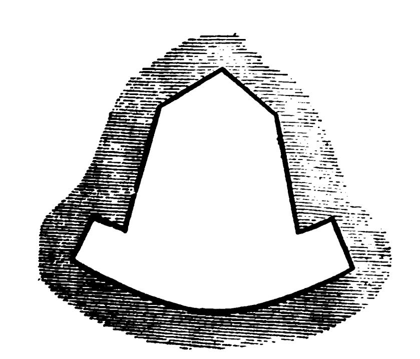


FIG. 4. — Avivement de SIMON, modifié par LOSSEN.

En 1879, Lossen modifia la forme de la surface d'avivement en coupant les côtés latéraux en forme d'angles rentrants.

V. — PROCÉDÉ DE FRITSCH. — En 1888, Fritsch la modifia

(1) LOSSEN. *Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 40.

à son tour en ouvrant davantage les angles *d* de Lossen (fig. 5).

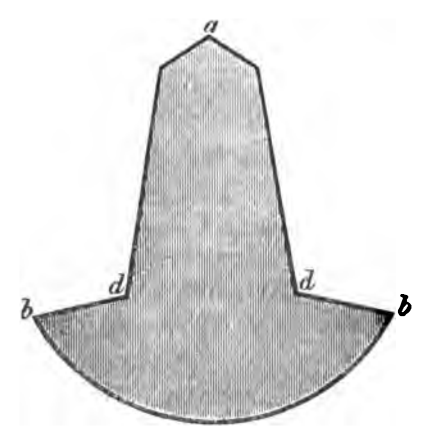


Fig. 5. — Colporraphie postérieure. Procédé de Fritsch.

VI. — Procédé de Martin. — Martin conserve comme Bischoff la colonne vaginale postérieure, mais sans la détacher des plans sous-jacents pour en former un lambeau. La colpopérinéorraphie se fait en deux temps :

1er Temps, élytrorraphie.

2e Temps, périnéauxésis.

Élytrorraphie. — Martin fait ses incisions sur les parties latérales de la colonne. Pour cela il attire à lui, avec une pince fixée dans le cul-de-sac postérieur, la paroi correspondante du vagin. Avec deux autres pinces placées à l'extrémité de la colonne, il tend cette dernière.

Puis une fois les deux incisions parallèles à la colonne pratiquées, il en fait deux autres identiques aux incisions latérales de Bischoff, et il avive de chaque côté de la colonne soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux (fig. 6).

Ensuite il place des sutures en réunissant les lèvres du lambeau formé par la colonne du vagin aux lèvres correspondantes des incisions latérales, B à B, A à A (fig. 7); la colonne vaginale est ainsi élevée et vient se placer vers le milieu de

la hauteur des parois latérales du vagin. Martin prétend que, par cet avivement double, il y a une tension qui nuit beaucoup moins à la cicatrisation que dans les autres procédés, parce qu'elle se partage en deux forces parallèles. Martin

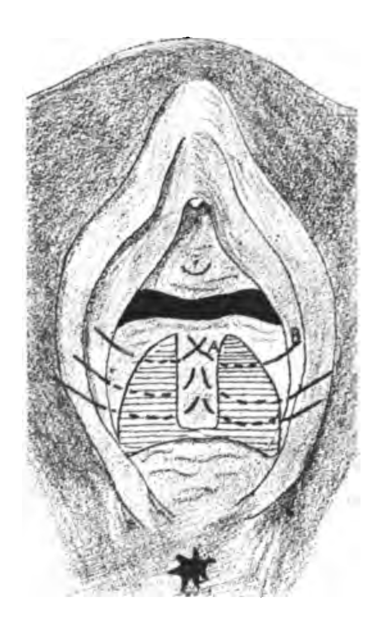


FIG. 6. — Procédé de MARTIN.

trouve toujours facilement la colonne vaginale, sinon à la surface, du moins dans la profondeur même de la cloison, dans les prolapsus très anciens.

Périnéauxésis. — Pour faire la seconde partie de son opération, Martin pratique deux nouvelles incisions qui circonscrivent une sorte de losange (fig. 7). Puis il avive la surface circonscrite. Enfin il place les sutures. Il commence par l'angle supérieur (fig. 7) angle III. Il enfonce son aiguille en β, la fait ressortir en α, la repique également en α un peu plus loin et la fait ressortir en β'. En faisant ressortir l'aiguille en α, il enfonce ainsi avec les tissus médians l'extrémité libre de la colonne qui ainsi se trouve recouverte.

Une fois cette suture posée, il place les suivantes par le même procédé. Martin se sert de la suture continue au cat-

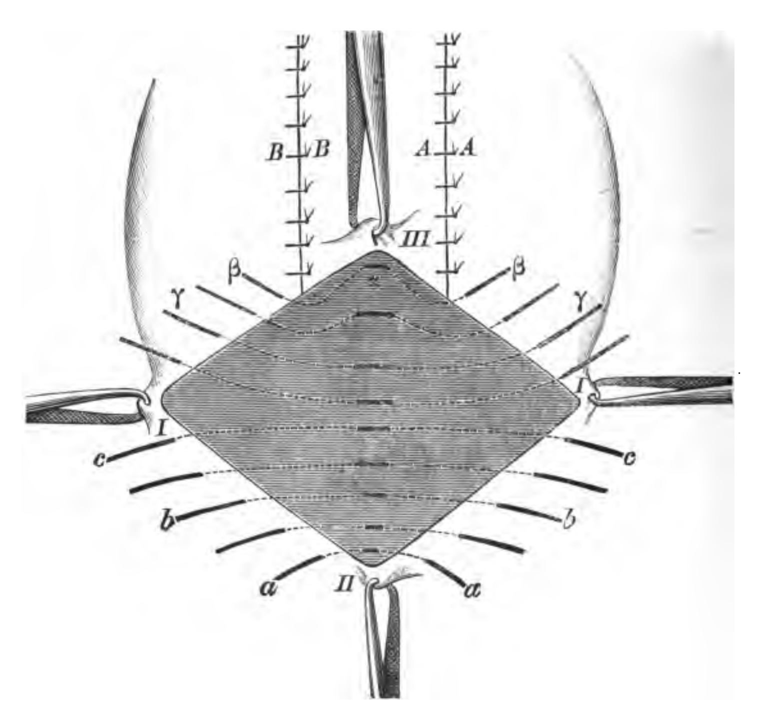


FIG. 7. — Deuxième temps. — Périnéauxésis consécutive à l'élytrorrhaphie.

I-I, Points extrêmes de l'avivement latéral au niveau de l'introïtus.

II, Partie moyenne de la section qui embrasse la fourchette, immédiatement au devant de l'anus.

III, Extrémité inférieure de la colonne vaginale postérieure.

gut pour le vagin, mais pour le périnée il se sert de sutures entrecoupées, également au catgut (1).

Comme traitement consécutif, Martin laisse ses opérées trois semaines au lit, les membres inférieurs liés ensemble. Il ne fait pas d'irigations vaginales et se contente de laver

(1) Ce catgut est préparé selon le procédé de Bröse. Il doit séjourner huit jours dans le sublimé à 1 0.00 et être conservé dans de l'essence de genièvre.

la région vulvaire après chaque émission d'urine en écartant un peu les cuisses. Au bout de quinze jours il donne la première injection vaginale, et au bout de vingt et un jours la malade sort.

On a reproché au procédé de Martin de ne pas donner de solidité suffisante au niveau de l'orifice vaginal.

VII. — Procédé d'Emmet. — Emmet fait une incision transversale au point cu lminant de la colpocèle. Il la conduit latéralement sur les grandes lèvres jusqu'au niveau des caroncules. Il fait une autre incision à convexité inférieure au-dessous de la commissure postérieure, entre elle et l'anus.

Son procédé n'est original que par sa façon de placer les sutures. La suture 1 est introduite très près de l'anus, et son trajet à travers la paroi vaginale est indiqué en pointillé dans la figure 8. De même pour les sutures deux et trois. — Le trajet des sutures supérieures est plus com-

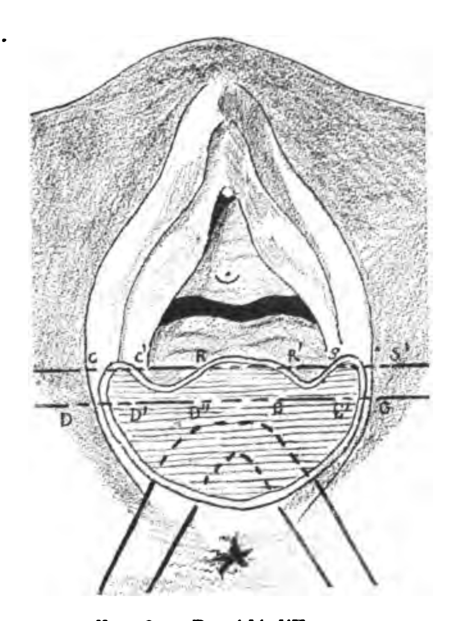


Fig. 8.— Procédé d'Emmet.

pliqué. La suture 4 entre en G, ressort en E', rentre en E, sort en D'', rentre en D' et enfin sort en D. Quant à la suture 5, elle entre en S', sort en S, entre en R', sort en R, rentre en C' et ressort en C.

Cette dernière suture est destinée d'après Emmet à tirer en avant la lèvre avivée de la colonne postérieure du vagin et à en faire un capuchon qui protège le bord de la plaie mis en contact par la suture précédente 4.

Emmet emploie pour ses sutures du fil d'argent assez gros pour donner plus de soutien aux parties. Le procédé n'agit que sur le périnée et trop peu sur le vagin.

VIII. — Procédé de Schroeder. — Schroeder fait tirer en avant le cul-de-sac postérieur avec une pince et tend la

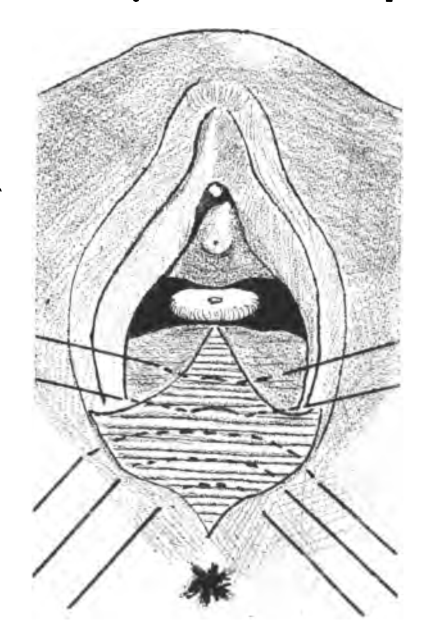


Fig. 9. — Procédé de Schroeder.

paroi postérieure du vagin. Du sommet de la surface d'avivement, situé dans le point le plus élevé du cul-de-sac vaginal, il fait partir deux incisions courbes, se séparant sous

un angle plus ou moins ouvert suivant la surface à aviver. La concavité de ces lignes regarde en haut (fig. 9). Elles se dirigent vers la vulve et rencontrent sur les grandes lèvres, à angle très aigu, les extrémités des deux autres lignes courbes périnéales.

Ces incisions périnéales ont une forme d'S allongé ; ces deux S s'unissent l'un à l'autre devant l'anus par une de leurs extrémités et rejoignent les deux premières lignes par l'autre.

Schroeder veut, en faisant un angle d'avivement très aigu au-devant de l'anus, éviter que la peau ne forme une espèce de poche au-devant du périnée. La surface à aviver est très grande et il y a souvent de fortes hémorrhagies.

Schroeder fait des sutures superficielles continues au catgut et des sutures profondes à la soie, les sutures périnéales sont laissées par lui quatre ou cinq jours seulement. Quant aux sutures vaginales il les laisse très longtemps, quelquefois plusieurs semaines.

IX. — Procédé de Lawson Tait (1).

X. — Procédé de M. Doléris. — Appelée par l'auteur *colpopérinéoplastie par glissement*, cette opération n'a point d'analogue, et contrairement à la pratique de Tait, qui relâche le vagin en remontant la commissure, elle réalise au contraire la restauration d'une sangle élytropérinéale tendue et solide, épaisse surtout au niveau du périnée et capable de doubler efficacement le plancher pelvien.

L'opération consiste en un dédoublement de la paroi recto-vaginale et en tractions pratiquées sur la paroi vaginale postérieure, qu'on attire à la vulve. Par la façon dont on place les fils on reconstitue un périnée plus que suffisant.

Premier temps. — Le premier temps opératoire consiste à tracer une incision courbe à la limite de la peau et de la

(1) Nous laissons de côté la description de ce procédé qui fera dans un des prochains numéros l'objet d'un article spécial de notre collaborateur le Dr Foncourt Barnes. (N. D. L. R.)

muqueuse. Elle va de a à *a* et doit être faite au bistouri (fig. 10). Elle doit être assez profonde.



FIG. 10. — Premier temps du procédé de DOLÉRIS.

Deuxième temps. — Le deuxième temps de l'opération



FIG. 11. — Deuxième temps du procédé de DOLÉRIS.

consiste en la dissection de la lèvre supérieure muqueuse de l'incision. On commence en donnant quelques légers coups de bistouri. Cette lèvre est ensuite saisie en D avec une pince ou un crochet (fig. 11), et relevée vers le pubis. On détruit au bistouri les tissus de cicatrice du périnée et, une fois que l'opérateur est certain d'avoir libéré les adhérences cicatricielles, il laisse le bistouri et ne se sert plus que de l'index de la main gauche, qui s'engage lentement en fouillant les tissus et en séparant la paroi vaginale de la paroi rectale. Cette séparation est portée jusqu'au point destiné à limiter la perte de substance que doit subir la paroi vaginale. Or, ce point est destiné à être attiré en avant et à être affronté avec le rebord cutané de l'incision première.

Troisième temps. — L'affrontement s'opère grâce au placement spécial des sutures. Trois fils suffisent.

M. Doléris choisit de préférence du gros crin de Florence, monté sur des aiguilles courbes. Le premier fil est le plus



FIG. 12. — Quatrième temps du procédé de DOLÉRIS.

médian. L'aiguille pénètre latéralement à gauche de l'anus, chemine profondément dans les tissus et vient accrocher le

lambeau vaginal, tout près du point extrême du décollement. Pour cela l'aiguille transperce le lambeau à gauche, pénètre ainsi dans le vagin, retraverse le lambeau à droite et, plongeant dans les tissus avivés, vient ressortir à droite de l'anus. On peut se dispenser de pénétrer dans le vagin et se contenter d'accrocher seulement la face profonde du lambeau vaginal.

Comme la figure le montre, l'anse du premier fil, étant serrée, doit attirer la paroi vaginale vers la commissure vulvaire et en même temps affronter les rebords opposés à la lèvre cutanée de l'incision. Le deuxième fil est placé d'une façon analogue et un peu plus en dehors. La troisième suture est appliquée de même.

Quatrième temps. — Cela étant fait, il ne reste plus qu'à



FIG. 13. — Cinquième temps du procédé de DOLÉRIS.

réséquer le lambeau flottant qui offre assez bien l'aspect d'une épiglotte (fig. 12). On l'enlève avec les ciseaux ou le

bistouri, par une section transversale, en ayant soin de ne pas raser les fils de trop près.

Cinquième temps. — Lorsque l'opérateur est arrivé à ce moment de l'opération, il a le choix entre deux façons de procéder. Ou bien il peut réunir par une suture continue les deux lèvres muqueuse et cutanée de la plaie oblongue et transversale que l'on voit dans la figure 13, ou bien il peut continuer à unir par des sutures interrompues au crin, les surfaces opposées de l'avivement.



FIG. 14. — Résultat du procédé de DOLÉRIS.

La figure 14 montre le résultat obtenu par cette seconde façon de procéder.

C.— Indications générales de ces divers procédés.

Chaque fois que l'on se trouvera en présence d'une colpocèle postérieure totale avec insuffisance du périnée, et qu'avec ces lésions on aura constaté que l'utérus est en place ou peu prolabé, que les ligaments utéro-sacrés sont courts et sains,

la colpopérinéoplastie par glissement, procédé de M. Doléris, devra être, à notre avis, le procédé de choix. On réservera les autres procédés, dont nous avons parlé, pour les cas complexes où l'utérus est abaissé, où le prolapsus vaginal est total, où le col a besoin d'être touché, car dans ces cas quelques fils vaginaux de plus ou de moins ne pourront aggraver la situation, et les procédés de Hegar, Simon, Martin, etc., rétrécissant simplement le vagin sans le tendre d'avant en arrière, n'auront qu'une action favorable sur l'utérus.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

10e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE BERLIN

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (VIIIe Section) (1).

Une nouvelle salle d'opération, spécialement pour les laparotomies.

BALANDIN (St-Pétersbourg). — Cette salle d'opération a été construite en 1887 et utilisée, depuis cette époque, pour les laparotomies. On s'est préoccupé dans son installation de réaliser deux conditions capitales : *a*) rendre le milieu opératoire aussi aseptique que possible ; *b*) permettre aux spectateurs de suivre, aussi complètement que possible, tous les détails de l'opération. Dans ce but on a : 1) séparé les spectateurs de l'endroit spécial où se fait l'opération ; 2) diminué la distance des spectateurs du champ opératoire ; 3) agrandi l'angle sous lequel ils voient le champ opératoire, quand cette distance pour une raison quelconque (par exemple, nombre considérable des spectateurs) ne pouvait être suffisamment diminuée. L'espace employé est divisé en deux parties par une cloison en verre ; il mesure en largeur 5 1/4 mèt., en longueur 6 3/4 mèt., en hauteur 7, et cube

---

(1) Voir *Annales de gynécologie*, août 1890.

250 mètres dont 150 appartiennent au compartiment où l'on opère, 100 à celui réservé aux spectateurs. En ce qui concerne les autres dispositions prises, il nous suffira de dire qu'on s'est efforcé de réaliser les meilleures conditions d'aération, de calorification, et d'éclairage, et de réunir toute une série de moyens qui permettent de supprimer, aisément et au maximum, du milieu opératoire les différentes causes d'infection. On a pu ainsi pratiquer dans cette salle d'opération, les laparotomies les plus difficiles, en présence souvent de plus de 100 assistants, et obtenir des résultats équivalents à ceux des opérateurs les plus heureux.

De la nature et du traitement de l'ostéomalacie puerpérale (1).

FEHLING (Bâle). — C'est il y a 3 ans 1/2, que l'auteur pratiqua, pour la première fois, la castration dans un cas d'ostéomalacie grave. Depuis, il y a eu recours 8 fois. De ces neuf malades, une seule succomba des suites d'une sténose intestinale, résultat de l'adhérence de l'intestin à l'utérus, qui avait été fixé à la paroi abdominale. Chez les huit autres opérées, la convalescence fut tout à fait régulière et la guérison s'est maintenue. L'âge de ces sujets variait de 28-51 ans, la plupart avaient plusieurs enfants, et étaient atteintes de leur maladie depuis plusieurs années.

Pour ce qui est de la nature de la maladie, il importe de tenir compte de plusieurs particularités remarquables :

1° L'aggravation manifeste de la maladie à chaque période menstruelle;

2° La diminution remarquablement rapide des douleurs, au niveau des régions affectées, immédiatement après l'opération.

3° La richesse extraordinaire des annexes de l'utérus extirpées en vaisseaux veineux et artériels. Cette multiplication des vaisseaux et, en outre, leur développement qui rappelle celui qu'ils présentent dans l'état de grossesse, semble indiquer qu'il y a là un facteur important de la maladie. (Jusqu'à présent les examens macro — et microscopiques, soit du parenchyme soit du tissu conjonctif de l'ovaire, n'ont révélé rien de spécial.)

(1) Voir *Annales de gynécologie*, août 1890, p. 117.

4° La fécondité remarquable desf emmes ostéomalaciques, qui, en moyenne, d'après les cas observés par l'auteur = 5,1.

D'après Baumann = 6,8.

D'après Rosenträger = 8,2.

Cette fertilité semble indiquer une hyperactivité de la fonction ovarique.

D'autre part, seule, l'inaptitude à la reproduction ne saurait fournir un moyen sûr d'amener la guérison, car il y a des femmes chez lesquelles, en l'absence d'accouchement durant 4-8 années, la maladie persista et ne s'amenda qu'à la suite de la castration.

En résumé, l'auteur incline à admettre que l'ostéomalacie est la conséquence d'une hyperactivité pathologique des ovaires. Les ovaires seraient le point de départ d'un réflexe, actionnant les vaso-dilatateurs des vaisseaux des os, aboutissant à une hyperhémie passive et, consécutivement, à une résorption énergique des éléments du tissu osseux. La castration, en supprimant le foyer d'origine du réflexe, partant l'action sur les vaso-dilatateurs, aurait pour résultat la contraction des vaisseaux et la guérison.

Asepsie ou antisepsie dans les laparotomies.

G. Rein (Kiew). — Les brillants résultats obtenus, en tous pays, dans les laparotomies sont la gloire, non seulement des gynécologues et des chirurgiens, mais aussi de la médecine générale moderne. Cependant, nous ne possédons pas encore une méthode universellement reconnue et rigoureusement scientifique de traitement de la plaie dans les laparotomies. Aussi, ai-je eu le désir de tâcher d'étayer scientifiquement l'état actuel de la question.

Les théories microbiennes sur l'origine des maladies septiques et sur la pyohémie peuvent, à l'heure actuelle, être tenues pour parfaitement démontrées. Certes, nous ne contestons pas la possibilité d'une suppuration sans microbes, non plus que celle d'une immunité vis-à-vis de certains microbes pyogènes introduits dans l'organisme (Grawitz, etc.); mais, ces restrictions n'infirment en rien le point essentiel de la question. En conséquence, encore aujourd'hui, tout comme au moment de l'apparition de la méthode de Lister, c'est un des principaux devoirs des chirurgiens de protéger la plaie contre les microbes.

Il ressort de là que nous n'avons à notre disposition que deux

méthodes vraiment scientifiques de prophylaxie et de traitement des plaies : l'antisepsie et l'asepsie. Toutes les autres peuvent être ramenées à l'une ou à l'autre de ces deux.

Les particularités, les caractères propres aux microbes pathogènes sont loin d'être parfaitement connus, et on ne sait de même que peu de chose sur les conditions dans lesquelles les microbes non pathogènes et pathogènes fabriquent des ptomaïnes et des matières toxiques dangereuses. Aussi, pour réaliser une protection vraiment sûre de la plaie, est-il indispensable de l'abriter, non seulement contre les microbes septiques et pyogènes, mais contre tous les microbes : en un mot, de réaliser une stérilité absolue. La stérilité de la plaie est le but, que l'on fasse de l'asepsie ou de l'antisepsie.

Mais avons-nous un moyen et une manière d'assurer la stérilité de la plaie en clinique ? Oui. Je me permets de rappeler ici, d'une manière sommaire, la méthode suivie dans mon service, cette exposition sera comme une sorte de complément au mémoire que j'ai publié récemment (1). Je considère la vapeur sous tension, comme l'agent le plus puissant et le plus commode de stérilisation ; elle est dans mon service employée, à la température de 110-119° C., à la stérilisation des pièces de pansement, des instruments, du linge, des vêtements qui servent pour l'opération, des effets des assistants, des fils à ligatures, de l'eau, etc. Une tentative de stérilisation par la vapeur non condensée ne suffit pas, parce que, d'une part, microbes et spores ne sont pas sûrement tués et que, d'autre part, il se peut que les produits virulents de leur activité ne soient pas entièrement détruits (Brieger et C. Fränkel) (2).

Si l'on veut faire de l'antisepsie d'une manière rigoureusement scientifique, la réaliser de telle façon qu'on réussisse à écarter toutes les causes d'infection, il est indispensable d'avoir à sa disposition de l'eau stérilisée et de l'air stérilisé. Qu'on me permette à ce sujet, d'être un peu plus explicite.

Les cliniques, avec chauffage à eau central comme la mienne par exemple, peuvent, du système de tuyaux qui servent au chauffage, tirer commodément et en quantité voulue de l'eau

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 9.

(2) *Berl. klin. Wchschr.*, 1890.

stérile. L'eau y est quotidiennement portée à une température qui varie de 40°-60° R. condition qui suffit, ainsi qu'il ressort des recherches de Tyndall, à produire une stérilisation absolue. De plus, afin d'arriver à une sûreté plus grande et pour supprimer toute contamination, cette eau, une fois apportée dans la salle d'opération, est filtrée dans un filtre Chamberland-Pasteur. J'ai, par plusieurs examens bactériologiques, constaté que l'eau ainsi obtenue était parfaitement stérile.

Pour débarrasser l'air des microbes, on le fait filtrer dans les canaux de ventilation à travers des filtres d'ouate, on lave cloisons et plafond, et l'on brasse toute l'atmosphère de la salle d'opération avec une grande quantité d'eau, employée sous forme d'un jet puissant, finement divisé, fourni par le robinet de tuyaux de conduite de l'eau. On a récemment installé, dans ma clinique, d'après une idée du D[r] Sapieschko, un dispositif ingénieux et commode pour cet arrosage de l'air, grâce auquel il n'est pas un seul point des cloisons, du plafond, de l'atmosphère qui échappe à l'action de l'eau, et toutes les impuretés sont sûrement entraînées sur le plancher.

La méthode aseptique est fondée sur l'observation de ces précautions essentielles. Si maintenant nous employons, non l'asepsie, mais l'antisepsie dans le sens habituel du mot, alors, nous mettons des substances désinfectantes en contact avec la plaie. Mais, aujourd'hui, nous savons parfaitement que l'organisme dispose, par lui-même, de certains moyens pour se défendre contre les microbes (substances microbicides trouvées par Buchner, Nissen, Nutall et récemment par Netschaeff dans le sang et par Prudden dans le liquide des ascites), et qu'en outre les microbes ont à lutter contre les phagocytes décrits par Metschnikoff. Aussi, nous contentons-nous aujourd'hui d'user des antiseptiques en très petites quantités et sous forme de solutions aussi diluées que possible. Ce sont les seules que nous laissons arriver au contact de la plaie. Il est certain que les expériences bactériologiques montrent que l'addition même de faibles quantités de substances désinfectantes aux milieux de culture exerce une influence très marquée sur le développement des colonies microbiennes. On a jusqu'à présent, dans mon service usé, de préférence, d'une solution phéniquée à 2 0/0, mais elle n'est employée qu'au lavage des éponges, au nettoyage des instruments et au lavage des mains,

dans les cas où l'opération se prolonge quelque peu. De cette manière, il ne peut pénétrer dans l'organisme que des quantités extrêmement faibles d'acide phénique.

La question suivante se pose maintenant : tous les moyens énumérés suffisent-ils à assurer une stérilité absolue de la plaie?

Pour la résoudre, des recherches bactériologiques ont été faites par mon assistant Dt. Pissemsky, avec le concours éventuel de spécialistes en bactériologie, Prof. Pawlowski et Dr Janowski. Ces recherches, conduites d'après les règles ordinaires, ont porté sur les éponges, pièces de pansement, fils à ligature, instruments, ongles, épiderme des mains de l'opérateur et de ses assistants, eau et air de la salle d'opération, plaie et cavité abdominale.

Le résultat général fourni par plus de 200 recherches isolées est de beaucoup plus favorable que celui qui ressort des recherches faites sur le même sujet et publiées jusqu'ici (Schlange et autres). Elles montrent, en effet, que, grâce à notre méthode, on réussit à rendre presque sûrement stériles toutes les substances sauf l'air, qui arrivent au contact de la plaie. De cinquante recherches, faites à différentes époques, il ressort que l'air de la salle d'opération est relativement plus pur que celui des salles voisines, mais que, toutefois, cet air de la salle d'opération contenait au moment de l'opération, des microbes en proportion assez notable (au plus 38 colonies). Une fois seulement, sur 30 observations, on constata la proportion minima de 0 colonies avant et de 2 colonies pendant l'opération.

Mais les résultats les plus intéressants et les plus importants sont ceux fournis par les recherches faites sur les tissus de la plaie abdominale et sur les substances prises dans la cavité de l'abdomin. On fit, en tout, 48 examens. Les fragments excisés furent inoculés sur des milieux appropriés et la plupart du temps l'opération une fois faite; toutefois, il va de soi qu'on ne put pas, dans tous les cas, observer toutes les règles qu'exigent les recherches bactériologiques.

Cependant, en dépit de ces circonstances défavorables, 4 fois sur 7, la plaie abdominale *fut trouvée* stérile ; le sang et les caillots, qui furent retirés, l'opération achevée, avec l'éponge, du fond du cul-de-sac de Douglas se montrèrent également stériles 5 fois sur 10. On examina aussi des fragments d'adhérences, du liquide ascitique, des coagula provenant de thromboses sur-

venues dans le pédicule tordu de kystes, etc. Enfin, on soumit aussi à l'examen des fragments de tissu pris au niveau de la surface de section du pédicule, et 6 fois sur 9, par conséquent dans la proportion de 66 p. 0/0, ils se montrèrent stériles.

De là il ressort que *la stérilité de la plaie est réalisable et bactériologiquement démontrée*, aussi bien avec l'asepsie qu'avec l'antisepsie, bien que non dans tous les cas.

Passons-nous maintenant aux résultats des observations cliniques parallèles, nous voyons que, sur un ensemble de 87 laparotomies que j'ai pratiquées en me conformant aux règles exposées, durant les 4 derniers semestres, j'ai perdu 2 opérées, ce qui donne comme chiffre de mortalité 2,20 0/0. De ces deux opérées, une seule mourut de péritonite septique, développée à la suite de l'énucléation d'un kyste intra-ligamenteux.

Ce résultat général d'une mortalité de 1,1 0/0 par rapport aux processus infectieux, me paraît devoir être tenu pour très satisfaisant, surtout si l'on considère qu'il s'agissait la plupart du temps d'opérations difficiles et, rarement d'opérations aisées, comme l'ablation des annexes, la castration, etc., si l'on songe aussi que ces opérations ont été faites dans une clinique universitaire ouverte à un nombre considérable d'étudiants.

Sous le rapport des affections fébriles durant la période post-opératoire, le résultat fut encore plus favorable : dans 46 0/0 des cas, les suites opératoires furent absolument apyrétiques (température maxima, 37°,6 C.). La proportion des cas dans lesquels la température ne s'éleva jamais au-dessus de 38° est 77,6 0/0. Enfin, dans les 22,7 0/0 cas, où l'on observa de la fièvre, il ne s'agissait pas toujours de processus intimement liés à l'acte chirurgical.

Ces chiffres établissent que, d'après l'expérience clinique, comme par les recherches bactériologiques *la stérilité de la plaie et l'évolution aseptique* furent obtenues dans la grande majorité des cas.

Passons maintenant à la solution de la question posée dans le titre : à quelle méthode devons-nous donner la préférence, à l'asepsie ou à l'antisepsie ?

La réponse à cette question se présente, à présent, beaucoup plus facile que jadis. Nous venons de voir que, dans l'état actuel des choses, la différence entre l'antisepsie et l'asepsie scientifique n'est pas de longtemps aussi grande qu'elle le paraissait il y

a quelques années. Autrefois, nous inondions la plaie et nous lavions la cavité abdominale avec une quantité vraiment colossale de solution phéniquée à 3 à 4 0/0 ou d'autres solutions antiseptiques. Nous imprégnions avec le spray phéniqué, l'air de la salle d'opérations de vapeurs asphyxiantes et nous intoxiquions ainsi les malades et nous-mêmes.

Les exagérations dans l'emploi des antiseptiques ont, naturellement, provoqué une réaction en sens contraire. Elle se traduisit par les travaux de Köberlé, Lawson Tait, Bantock, et d'autres. Ces auteurs eurent le mérite de nous forcer à rechercher soigneusement si tout, dans notre outillage antiseptique, était absolument indispensable. Simultanément, la science bactériologique, jeune encore, prenait en clinique la place qu'elle mérite.

Elle nous a fourni le moyen d'exercer un contrôle exact sur tous nos actes, elle nous a démontré, chose considérée jadis comme fort peu probable, qu'il était parfaitement possible de réaliser la stérilité de tout l'entourage de la plaie et de la plaie elle-même : grâce à son intervention, la méthode actuelle de prophylaxie s'est créée.

Le point capital dans l'antisepsie et dans l'asepsie actuelle consiste en ce que tous nos efforts tendent à réaliser la stérilisation, non de la plaie elle-même, mais de tous les objets qui viennent en contact avec elle. Cette méthode offre des différences assez accusées avec celle qu'on désigne généralement sous le nom d'antisepsie, et elle correspond bien plus à notre *desideratum* : la stérilité absolue de la plaie. En outre, ce but peut être atteint sans préjudice pour la patiente et pour le personnel chirurgical. Elle se distingue enfin, avantageusement, de la « propreté » empirique de Bantock, Lawson Tait, etc., en cela qu'elle comporte un contrôle scientifique et qu'en conséquence elle est plus sûre.

Pour toutes ces raisons, la méthode actuelle de prophylaxie des plaies me paraît mériter une dénomination spéciale et la suivante me paraît la plus convenable « *méthode de stérilisation du traitement des plaies* » (stérilisation methode der Wundbehanddung), cette dénomination exprimant également les principes fondamentaux de la méthode, sa nature et son but. Il est facile de comprendre que la méthode de stérilisation représente en réalité la méthode aseptique, car elle correspond à la définition bactériologique de l'asepsie, ou plutôt de la stérilité de la plaie.

Si nous avons dans ce qui précède réussi à bien fixer le sens de la méthode de stérilisation du traitement des plaies, il suit des considérations précédentes que les méthodes aseptique et antiseptique représentent, au point de vue clinique, des subdivisions ou des manières diverses d'application de cette même méthode. Le choix entre elles, en conséquence, n'est pas difficile.

En principe, il est juste de placer l'asepsie au-dessus de l'antisepsie, parce qu'elle n'entraîne pas l'intervention de substances toxiques pour l'organisme. Il est vrai que ces dernières, employées en petites quantités ou sous forme de solutions faibles, sont incapables de produire une intoxication générale de l'organisme. Elles peuvent toutefois affecter d'une façon fâcheuse les éléments constituants des tissus, en troublant le jeu naturel de leur activité régénératrice dans la cicatrisation de la plaie. Comme, en général, les tissus vivants, non infectés, ne contiennent aucune sorte de microbes, l'antisepsie n'est en réalité que l'aveu de l'impuissance où nous sommes de mettre sûrement la plaie à l'abri d'agents hétérogènes et nocifs qui ne devraient jamais arriver à son contact.

Si le principe de l'asepsie est reconnu comme scientifique, s'il est démontré qu'il est possible de réaliser au moyen de l'asepsie la stérilité de la plaie, il ne nous semble pas douteux qu'on découvrira un moyen qui permettra de rendre la méthode absolument sûre et de la transporter dans la pratique. Peut-être la disposition ingénieuse de Sapieschko satisfait-elle à tous les *desiderata?* Jusqu'à présent, les expériences ont fourni les résultats les plus favorables.

Mais, aujourd'hui encore, nous devons donner la préférence à l'antisepsie, celle-ci étant considérée comme une des formes d'application de la méthode de stérilisation. Cela, la prudence l'exige. Puisque nous ne disposons pas d'un air stérile et qu'il nous est impossible de nous passer de l'air, il est naturellement extrêmement difficile et presque exceptionnel d'avoir une plaie stérile. La chose est évidente pour tout bactériologiste qui, dans ses travaux, s'entoure des précautions les plus minutieuses, pour prévenir l'entrée directe de l'air.

Nous avons, en outre, en utilisant nos matériaux cliniques durant le dernier semestre, fait pratiquement la preuve de l'utilité de l'emploi des antiseptiques. De 28 cas nous en avons

traité 15 exclusivement par l'asepsie, et les 13 autres en faisant rentrer dans la méthode de stérilisation l'usage d'une solution phéniquée pour le lavage des éponges et des instruments.

Pour la 1re série, l'évolution clinique aussi bien que les résultats des recherches bactériologiques furent un peu plus défavorables que dans la seconde.

Ainsi, pour le 1er groupe, les suites opératoires furent fébriles (élévation de la température au-dessus de 38°, même une seule fois) dans la proportion de 40 p. 0/0, tandis qu'elles ne furent que dans celle de 15 p. 0/0 pour le deuxième groupe. Le seul cas de mort appartient aussi à la 1re catégorie. Par contre, le 2me groupe, si l'on y comprend les opérations faites, durant les 3 précédents semestres, d'après la méthode, ne donne qu'un cas de mort sur 72 laparotomies. Ainsi, la mortalité tombe pour le second groupe à 1,3 p. 0/0 sans un seul cas de septicémie, tandis que ce chiffre pour le second groupe s'élève à 6,6 p. 0/0 (un décès sur 15 cas).

Il ressort, en conséquence, de cette statistique, s'il est permis de tirer des conclusions d'un nombre aussi restreint d'observations, qu'il n'est pas indiqué d'exclure complètement les antiseptiques de la clinique. Il serait même plaisant qu'on se garât aujourd'hui, comme du feu, d'une seule goutte de solution phéniquée faible, alors que, récemment encore, on l'employait par litres.

J'ai la conviction que, encore à l'avenir, même si l'asepsie pure réussit à prendre la place prépondérante qu'elle mérite, l'antisepsie, appliquée sous telle ou telle autre forme, ne sera pas complètement abandonnée. Asepsie et antisepsie auront en clinique leurs indications spéciales et ce n'est que plus tard qu'on pourra préciser exactement les indications spéciales à chacune des deux méthodes. A l'heure présente, on ne peut que formuler approximativement les indications suivantes de la forme antiseptique de la méthode de stérilisation :

1° Infections microbiennes du péritoine.

2° Foyers purulents du péritoine et des tissus environnants.

3° Opérations dans des milieux insuffisamment préparés ; par exemple, dans la pratique privée.

4° Opérations incomplètes.

5° Méthode extra-péritonéale.

6° Nécessité du drainage.

7° Apparition à l'hôpital de processus infectieux.

La forme aseptique de la méthode de stérilisation est, peut-être, déjà indiquée dans les infections des organes parenchymateux (les reins, en particulier), et dans les incisions exploratrices.

Dans tous les autres cas, le choix entre les deux procédés doit être laissé aux préférences personnelles des opérateurs ; toutefois, l'emploi circonspect de l'asepsie pure est tout à fait justifié.

En terminant, ici, ma communication, qu'il me soit encore permis de la résumer :

A mon avis, la méthode la plus rationnelle de traitement des plaies réside dans la méthode de stérilisation, parce que nous avons la possibilité d'avoir des plaies stériles.

Je ne tiens pas pour importante une séparation, une division entre l'asepsie et l'antisepsie. Mais, aussi longtemps que nous resterons dépourvus d'un moyen sûr d'obtenir une asepsie absolue nous ne saurions, dans la grande majorité des cas, nous dispenser complètement de mettre en contact avec la plaie des quantités modérées de substances désinfectantes.

Salpingites. — Considérations sur le diagnostic et la thérapeutique des collections tubaires (hydrosalpinx, pyosalpinx).

LANDAU. (Berlin) — Les sacs tubaires sont beaucoup plus communs qu'on ne l'admettait jadis, beaucoup plus fréquents que ne le pensent encore aujourd'hui bon nombre de médecins. Les paramétrites, périmétrites, métrites, tumeurs solides, telles que fibroïdes, myômes, tumeurs des ovaires, etc., ont été souvent confondues avec eux. De plus les kystes tubaires sont, à l'heure actuelle, réellement plus nombreux que jadis. Aux conditions pathogéniques de tous temps existantes, (gonorrhée, infection pendant et après l'avortement et l'accouchement, maladies intestinales, etc.) se surajoutent, à l'heure actuelle, les manœuvres de la soi-disant petite gynécologie, qui donne lieu à beaucoup trop d'interventions. Nous citerons en particulier, comme cause de salpingites, les manœuvres sur le col et les manœuvres intra-utérines (injections, curage, cautérisation).

L'infection des trompes peut en effet se produire malgré l'asepsie la plus rigoureuse, et même malgré l'antisepsie la plus rigoureuse.

Nous ne pouvons, par rapport au canal génital, assurer l'asepsie que pendant la durée de l'intervention ; nous ne le pouvons pas, postérieurement à celle-ci, pendant le temps qu'exige la guérison. L'infection des trompes se fait aussi par un mécanisme analogue à celui des épididymites qui surviennent à la suite d'injections urétrales fortes.

I. **Diagnostic**. — Les connaissances diagnostiques que nous possédons, dérivent des laparotomies, et des perfectionnements apportés à nos méthodes d'investigation. Les *signes classiques*, fondés sur la forme, le volume, la mobilité, ne se rencontrent que rarement ; ils sont la plupart du temps fictifs. De même, l'anamnèse, les symptômes, la marche de l'affection n'offrent rien de caractéristique. Cependant, les coliques tubaires ont une certaine importance.

A. HYDROSALPINX. — L'hydrosalpinx s'accompagne de signes objectifs : J'en tiens deux pour très importants, l'un d'eux pour pathognomonique.

1° Le siège (développement) est caractéristique.

2° Le signe pathognomonique est une sensation obtenue par le palper, et fournie, non par la trompe elle-même, mais par l'utérus. Il semble que l'utérus repose sur un coussin à air. C'est une sensation d'élasticité, de *ressort*. Ce symptôme peut manquer :

a) Lorsque l'utérus est lui-même fixé ;

b) Quand le contenu du sac est trop peu abondant ;

c) Quand la paroi du sac est recouverte et épaissie par des exsudats inflammatoires.

Lorsque cette sensation de ressort existe, on peut formellement poser le diagnostic de sac tubaire. Par contre, s'il fait défaut, il ne s'ensuit pas qu'il faille, de ce fait, écarter l'hypothèse d'un hydrosalpinx. Le symptôme du « *ressort* » est pathognomonique et autorise à éliminer l'hypothèse de diverses tumeurs qui se développent sur les côtés et en arrière de l'utérus : kystes dermoïdes, hématocèle (qui, du reste, fournissent au palper des sensations spéciales), tumeurs des ovaires, etc.

Le trait caractéristique de l'hydrosalpinx consiste en ce qu'on sent à la pression, non seulement une poche pleine, passivement distendue et qui se maintient sous l'influence de la pression in-

terne, mais une poche élastique et musculaire, qui, comprimée, réagit activement.

Les sacs tubaires, résultat do l'hydrosalpinx, sont souvent durs, au point que le phénomène de la fluctuation n'est pas constatable.

Il est parfois impossible, avant l'ouverture du ventre, de déterminer si chez une malade, l'hydrosalpingite est uni ou bilatérale; parfois même cette distinction ne peut être encore faite lorsque le ventre est déjà ouvert par suite des raisons suivantes :

a) La même trompe peut en se contournant, se disposer en arrière et sur les deux côtés de l'utérus, ce qui fait qu'on constate facilement la présence de deux sillons.

b) Ou bien, deux sacs se trouvent si intimement juxtaposés par des adhérences, ou même par un simple effet de compression, qu'ils donnent à l'examen la sensation d'une tumeur unique. Dans ce cas, il ne peut être question de sillons distincts; on en rencontre tantôt de nombreux, d'irréguliers, tantôt pas un seul.

De ces considérations, il ressort que le signe classique : palpation facile du point de départ de la trompe dans l'hydrosalpinx, n'a en réalité aucune valeur.

Il est un autre signe pathognomonique — d'ailleurs très rare — on l'obtient quand on réussit, par la pression directe sur le sac et vers l'utérus, à mettre en évidence le contenu tubaire.

B. Pyosalpinx. — Le pyosalpinx est le plus souvent bilatéral; quand il est unilatéral, il coïncide généralement avec un hydrosalpinx du côté opposé.

La forme de la tumeur est importante dans la salpingite : les tumeurs rappelant la forme de l'intestin, ou fongiformes, vermiformes, cylindroïdes, munies d'une extrémité caudiforme, et bilatérales, sont la règle dans les cas de salpingite; tandis qu'elles reconnaissent rarement une autre origine.

Le signe du ressort, à la palpation, fait défaut dans le pyosalpinx, parce que la paroi est rigide, épaissie, altérée, et que les adhérences font disparaître toute élasticité, toute contractilité; d'autre part, le contenu est souvent trop peu abondant et, de par sa consistance, à peine liquide.

Le diagnostic différentiel entre les tumeurs utérines ou ovariques d'une part et le pyosalpinx d'autre part, au moyen de la palpation bimanuelle pratiquée selon le mode habituel, est souvent fort difficile, parfois même insurmontable. En pareil cas,

l'examen par le rectum est un auxiliaire extrêmement utile.

a) Si, indépendamment des tumeurs, on réussit à percevoir les ovaires, il reste toujours à faire le diagnostic différentiel entre le pyosalpinx et les fibroïdes de l'utérus. Et naturellement, les tumeurs ovariques doivent être éliminées.

b) Quand le cas se complique d'abcès tubo-ovariques, d'abcès des ligaments larges, des ovaires, il est impossible de faire le diagnostic différentiel par le palper.

c) Par contre, il est aisé de faire le diagnostic différentiel entre l'hydro ou le pyosalpinx et la grossesse tubaire ou l'avortement dans une trompe gravide, quand les signes de la gravidité apparaissent ou qu'on assiste à l'expulsion d'une membrane déciduale.

d) La grossesse ectopique ou l'avortement dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne, se reconnaît à l'issue basse, caractéristique de l'une des cornes. La trompe malade, émane d'un point situé beaucoup plus au-dessus de l'orifice interne.

e) Dans la grossesse évoluant dans la corne d'un utérus bicorne, à col unique, ou d'un utérus cloisonné, à col double, le développement de la moitié gravide en avant représente un signe important pour le diagnostic.

f) L'hématomètre dans la corne rudimentaire d'un utérus se distingue par l'apparition de douleurs survenant à intervalles réguliers, aux époques menstuelles, s'accompagnant aussi d'hémorrhagies.

g) La consistance d'une trompe gravide est suffisamment caractéristique pour qu'on écarte l'hypothèse d'un pyosalpinx. La trompe gravide est molle, œdémateuse, pâteuse, d'une consistance qui se modifie sous la main qui l'explore (contractions).

Les sacs tubaires sont au contraire solides, rénitents, sauf les cas d'hydrosalpinx intermittent.

h) Les épanchements sanguins, les exsudats, les suppurations, les abcès pelviens n'ont pas de formes nettes, ils sont diffus, et mal limités.

i) Les myômes ne peuvent être différenciés du pyosalpinx par le palper.

Dans tous les cas douteux, ou bien lorsque des parois abdominales trop épaisses, trop grasses, ou quand une contraction exagérée des muscles rendent le diagnostic impossible par la palpation, notre auxilaire le plus puissant pour le diagnostic, c'est : *la*

ponction exploratrice. Celle-ci peut être faite, suivant le siège et le développement du sac tubaire, par le vagin ou à travers la paroi abdominale. La ponction exploratrice décide immédiatement si l'on a affaire à une tumeur solide ou à contenu liquide.

Amène-t-elle du liquide, déjà on sait que toute une série de tumeurs possèdent des caractères *macroscopiques* sûrement divers : kystes colloïdes, dermoïdes, fibro-kystes, hématocèles, etc., des réactions chimiques en petit nombre et faciles, même la seule ébullition, militent pour ou contre les kystes à échinocoque et les kystes parovariques. On reconnaît à l'œil nu les liquides qui contiennent du pus, et la simple constatation de la teneur faible ou élevée en albumine, de la richesse en chlorures fait pencher en faveur d'une hydropisie inflammatoire ou passive de la trompe. Enfin le microscope vient à notre aide, en mettant en évidence la couronne de crochets des échinocoques, les cristaux de cholestérine, l'hématoïdine, les corpuscules du pus, etc.

D'autre part la ponction exploratrice, dans le cas de sacs tubaires déjà diagnostiqués, permet d'adopter, de préférence, tel ou tel procédé opératoire.

II. **Traitement**. — Jadis, les sacs tubaires étaient rarement reconnus sur le vivant. Cela provenait de la connaissance incomplète que l'on avait des signes diagnostiques, objectifs et subjectifs, de l'affection, aussi bien que de l'imperfection des procédés d'investigation. D'autre part, quand ils étaient reconnus, on les tenait pour de véritables *noli me tangere*, ce qui s'explique par les dangers associés alors aux actes opératoires.

Puis vint, pratique encore acceptée aujourd'hui, l'extirpation de toute tumeur située dans l'abdomen, des sacs tubaires comme des autres. Avec cette manière de faire, ce n'est pas tant un diagnostic précis qui importe, mais une méthode opératoire sûre. C'est grâce aux bons résultats opératoires qu'ont été acquises nos connaissances sur les sacs tubaires.

En réalité le diagnostic d'une collection tubaire ne constitue pas nécessairement une indication suffisante pour la salpingotomie et la castration, comme peut être une tumeur ovarique ou un cancer : aussi en raison des conséquences fâcheuses des opérations même conduites d'une manière heureuse, faut-il pour s'y décider une indication formelle.

A. — HYDROSALPINX. — L'hydrosalpinx peut guérir spontanément. Le mécanisme grâce auquel s'opère la guérison nous est indiqué par l'*hydrosalpinx intermittent.*

Les méthodes de traitement, quand le diagnostic est formellement établi, sont :

1° Moyens orthopédiques, moyens mécaniques.

2° Moyens chirurgicaux.

1° *Moyens orthopédiques.* — *a*) Réduction d'une position anormale de l'utérus dans l'intention de modifier favorablement la position de la trompe. Chercher par ce moyen à amener l'écoulement du contenu de la trompe comme dans l'hydronéphrose intermittente.

b) Massage, lequel permet d'exprimer directement le contenu de la trompe, soit en relâchant les adhérences qui unissent entre elles les diverses portions de la trompe, ou celle-ci avec les organes voisins, soit en supprimant les flexuosités et les torsions de la trompe, et en rendant possibles les contractions de cette dernière. On complète le traitement par les bains,les irrigations tièdes, etc. Dans la main d'un praticien, qui se rend bien compte de la situation, qui n'est pas seulement un gynécologue, mais qui pratique le massage avec art, cette méthode de traitement donne des succès ; elle est il est vrai lente, mais ne peut jamais entraîner des conséquences fâcheuses.

Ces deux méthodes, je les emploie; quant aux deux suivantes, je les condamne :

c) Le cathétérisme des trompes. Cette méthode est dangereuse. Déjà, à cause de la direction du canal à sonder par rapport à l'axe de l'utérus, une sonde rigide est impropre. Et, une sonde élastique ne pénètre pas en général dans l'ostium tubaire fermé.

d) De même, la dilatation de l'utérus n'est ni sûre ni absolument inoffensive. Les manœuvres qu'elle exige peuvent soit provoquer la rupture d'un pyosalpinx, soit déterminer la transformation d'un hydrosalpinx en pyosalpinx.

2° *Procédés chirurgicaux.* — Ces procédés entrent en ligne quand les moyens orthopédiques ont échoué. L'objectif principal du chi- rurgien doit être de soumettre les trompes à une intervention aussi conservatrice que possible, de les conserver ainsi que les ovaires; d'éviter la salpingotomie et la castration dont il est impossible de prévoir les conséquences (éventration, irritation nerveuse).

En premier lieu, je tâche d'aborder le sac par le vagin, et j'ai recours à la ponction par le vagin, injustement condamnée et délaissée comme méthode de traitement.

a) Ponction simple. Antisepsie rigoureuse nécessaire. Par la pression exercée à travers la paroi abdominale, la tumeur est abaissée vers la voûte du vagin. Puis on enfonce un trocart approprié, conduit sous la protection des doigts, sans spéculum et sans fixation préalable de l'utérus. Prendre toutes les précautions pour éviter l'entrée de l'air. En aucun cas, ne faire de l'aspiration. Grâce aux précautions que j'observe, on ne blesse ni les organes voisins ni les vaisseaux, d'ailleurs, ces lésions sont en général difficiles à produire.

J'attribue les insuccès de jadis à une technique défectueuse; les conceptions théoriques sont réfutées par les expériences pratiques.

La ponction peut, à notre choix, être complète ou partielle. Partielle, elle suffit en beaucoup de cas, évidemment parce que la couche musculaire, surdistendue, se détend et peut dès lors se contracter. La ponction agit ici comme la ponction des membranes dans le cas d'utérus gravide.

La ponction complète donne des résultats divers. Le plus souvent, la guérison a lieu qu'il s'agisse d'un sac tubaire unique ou multiple, sinon au point de vue anatomique, du moins au point de vue clinique. Il reste en beaucoup de cas un sac flasque, une trompe dilatée ; mais le liquide ne se reproduit pas. Parfois, pourtant, cette reproduction a lieu. C'est là, la deuxième issue de la ponction : Récidive après la ponction. Cette récidive se fait, en général, après un long délai. Lorsqu'elle survient rapidement, ou bien, quand elle succède à une deuxième ponction, les deux modes suivants d'intervention se présentent :

b) Ponction complète et lavage de la cavité avec une solution phéniquée à 3 p. 0/0.

c) Injection de teinture d'iode dans le sac après évacuation de son contenu.

d) La ponction suivie de l'application à demeure d'une sonde destinée à provoquer la suppuration doit être proscrite.

Quand le sac tubaire n'est pas développé du côté du cul-de-sac postérieur, qu'il s'est au contraire dirigé vers la paroi pelvienne antérieure, en général la ponction par le vagin n'est plus indiquée. Il en est de même de la ponction à travers la paroi abdominale, parce que les sacs non adhérents se rétractent.

Dans cette variété d'hydrosalpinx, ainsi que dans les cas où la ponction a échoué, on peut avoir recours à *e*, l'incision. (V. plus bas, pyosalpinx, paragraphe 24.)

A la ponction simple par le vagin, que j'ai pratiquée dans des centaines de cas, on peut à la vérité objecter qu'il m'est arrivé, par erreur, d'ouvrir des kystes ovariques, à échinocoques, paro-variques et des trompes gravides. Mais, dans les premiers cas, l'intervention n'a pas été nuisible, et dans les autres, elle a amené la guérison.

B. — PYOSALPINX. — On observe des guérisons spontanées dans le pyosalpinx.

Toutes les formes ne réclament pas un traitement radical.

Beaucoup de cas évoluent sans phénomènes symptomatiques.

Quand il s'agit de pyosalpinx, les procédés mécaniques de traitement sont hors de question.

La ponction dans le cas de pyosalpinx ne représente pas un moyen curatif ; il en est ici comme dans la pleurésie purulente où, seule, l'incision réalise le but.

En conséquence, deux procédés seulement restent au choix du chirurgien : l'incision et l'excision, celle-ci dans les cas de sacs tubaires multiloculalres, l'autre dans les cas de sacs uniloculaires.

L'incision peut être faite soit par le vagin, soit à travers la paroi abdominale, ou bien simultanément par les deux voies, d'après le volume et le mode de développement de la tumeur en avant ou en arrière et en bas.

L'incision par le vagin sera faite comme la ponction, sans le contrôle de la vue, sans spéculum, et sans abaissement de l'utérus, au moyen d'un bistouri convenable analogue au bistouri pour fistules.

Le pyosalpinx adhère-t-il, comme c'est la règle, au fond du vagin, l'incision n'entraîne naturellement aucune ouverture de la cavité péritonéale.

Au cas contraire, on fixe la tumeur avec la main qui repose sur la paroi abdominale. Puis, avec le doigt introduit dans l'orifice d'incision, on attire la paroi de la poche purulente au niveau de l'incision, et on la saisit dans de longues pinces de Péan, qui restent en place 24 heures, comme dans l'extirpation de l'utérus. De cette façon, la cavité péritonéale est et reste close. (Incision en un temps par le vagin.)

L'opération en deux temps est trop compliquée et dangereuse.

S'il survenait des hémorrhagies, on userait aussi des pinces comme moyens hémostatiques. Il suffit de quelque dextérité pour éviter toute lésion des organes voisins.

Le traitement consécutif est aussi simple que possible : on place un drain en T, et, dans le cas de sacs hémorrhagiques, de la gaze iodoformée qu'on laisse 24 heures, et qu'on remplace également par un drain en T. Les drains sont maintenus durant 8 à 14 jours. Abstraction faite d'un lavage de la poche, pratiqué au cours de l'opération, avec une solution de sel de cuisine, et dans le but surtout d'évacuer mécaniquement le pus, je m'abstiens de laver de nouveau le sac, et je n'emploie que des iujections vaginales. Il convient, afin de hâter l'écoulement du pus, de permettre à la malade de s'asseoir huit jours au plus après l'opération.

La plaie de l'incision, quelle que soit son étendue, a une grande tendance à se fermer ; toutefois, il est très facile de la dilater avec le doigt aux cas de phénomènes de rétention.

L'effet immédiat de cette opération simple sur l'état général de la malade est remarquablement favorable.

Ce résultat éloigné est également bon, lorsque la malade, ne tirant pas de son amélioration si rapide une confiance exagérée, a soin de se soumettre à l'examen et au contrôle du médecin. Si elle omet cette précaution, la fermeture prématurée de la fistule, entraîne habituellement la récidive du pyosalpinx.

D'autres cas, le plus grand nombre, guérissent complètement : un tissu cicatriciel, épais, dur, dans la région du fond du vagin, est la seule trace de l'affection grave disparue.

En d'autres cas, on voit persister encore longtemps une fistule ; mais elle n'exerce aucune influence fâcheuse sur l'état général des sujets et leur laissent leur capacité entière de travail.

Quand les sacs tubaires sont surtout en rapport avec la paroi abdominale, j'ai également recours à l'incision en un temps à travers la paroi abdominale. Si la poche adhère à la paroi abdominale, toute précaution préliminaire est superflue ; si elle n'adhère pas j'opère cependant en une séance, ayant soin, conformément à la pratique que j'ai adoptée dans l'opération des kystes à échinocoques, dans les pyonéphroses et les grossesses extra-utérines (1), de suturer le sac à la paroi abdominale.

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1880, p. 450.

En ce qui concerne le siège de l'incision, on le choisit d'après la considération de la situation, du volume du sac et de ses rapports avec l'intestin.

S'il est volumineux, j'incise de préférence suivant la ligne blanche; dans le cas contraire, je dirige l'incision parallèlement au ligament de Poupart, comme pour la recherche des artères iliaques.

Ici encore le traitement est aussi simple que possible. Au début, je faisais toujours une contre-ouverture vers le vagin et drainais par en haut et par en bas.

Depuis, quand il s'agit de sacs peu volumineux, je m'abstiens de faire cette contre-ouverture, car elle m'a paru inutile, et je n'y ai plus recours que dans le cas de poches volumineuses.

Dans les cas exceptionnels, où, en raison de l'interposition des intestins, il était impossible de suturer les sacs tubaires, peu volumineux, à la paroi abdominale, et où d'autre part l'incision par le vagin ne pouvait être employée à cause du développement de la tumeur surtout en avant, j'ai incisé par le vagin, après laparotomie : avec la main placée dans l'espace de Douglas, je pouvais, sans craindre de léser les organes voisins, reconnaître et inciser, par le vagin, le point libre de la tumeur. Drainage par et vers le vagin, et fermeture de la plaie abdominale sans avoir incisé le sac par cette voie.

Je m'abstiens, aussi, dans le cas d'incision de la paroi abdominale, systématiquement, des lavages.

Dans les pyosalpinx, dans les formes d'hydrosalpinx qui échappent aux méthodes de traitement exposées plus haut, et dans les sacs tubaires, où c'est moins le contenu purulent que les altérations tubaires et péritubaires qui constituent le phénomène prédominant, où aussi des adhérences nombreuses avec l'ovaire, lui-même enflammé et contribuant assez fréquemment à la formation d'un abcès tubo-ovarique, représentent le côté essentiel de la maladie, dans ces cas il ne peut être question que de l'*excision*.

Toutes les fois qu'on le peut, on doit laisser les ovaires *in situ*, desideratum réalisable surtout dans l'hydrosalpinx.

Mais, d'une manière générale, non seulement à cause des adhérences, mais en raison aussi des altérations de l'ovaire, on est forcé de faire en même temps que la salpingotomie l'oophorectomie; le cas échéant, seulement la *résection* de l'ovaire.

L'intervention est parfois extrêmement difficile. L'opération est facilitée par le procédé bimanuel d'extirpation des sacs tubaires que j'ai proposé (*Cent. f. Gyn.*, 1882, nº 34); souvent elle n'est possible que grâce à ce procédé.

La position élevée, recommandée par Trendelenburg, facilite également l'opération.

Sur un ensemble de 52 laparotomies pour pyo et hydrosalpinx, je compte une mort, par iléus, survenue 8 jours après l'opération.

Il n'est pas rare que le contenu du pyosalpinx fasse irruption dans la cavité abdominale, au cours de l'extirpation du sac tubaire, dans les cas de laparotomie; on peut soit enlever ce liquide à l'aide d'éponges avec lesquelles on étanche avec soin le péritoine et les intestins, soit le retirer par aspiration vers la plaie abdominale, le plus possible avec l'extirpation du sac. On termine par une toilette minutieuse avec des éponges imbibées d'une solution de chlorure de sodium.

Je n'ai eu recours à la résection des trompes avec suture à la paroi abdominale que dans les cas de gros sacs, ou bien lorsqu'en raison d'adhérences trop étendues avec l'intestin, j'ai dû renoncer à l'extirpation du sac. J'ai fait de nécessité vertu !

Je n'ai pas mis en pratique la proposition de Martin, Schröder et Skutsch d'enlever un morceau d'une trompe oblitérée (proposition faite, naturellement, pour l'hydrosalpinx), dans le but de rendre, grâce à cet orifice artificiel, la conception possible. J'ai été retenu par la crainte d'ouvrir une voie à l'infection, qui pourrait, plus tard, se faire de l'utérus.

Les suites de la salpingotomie sont habituellement remarquablement favorables et définitives. Toutefois, chez certaines femmes, qui ont subi la castration, on voit survenir des phénomènes graves.

Indépendamment des hernies ventrales, apparaissent des troubles nerveux, psychiques, et des altérations trophiques, qui constituent un complexus morbide auquel les sujets préféreraient leur état pathologique antérieur.

C'est surtout chez les hystériques, qui du reste avaient subi ailleurs l'extirpation des trompes et des ovaires, que ces accidents se sont développés au maximum ! Aux douleurs hystériques se surajoutent, dans une mesure tout à fait pitoyable, les troubles causés expérimentalement par la castration.

Salpingite gonorrhéique.

MENGE (Berlin). — L'examen bactériologique des produits inflammatoires dans 25 cas de salpingite suppurée, provenant de la clinique privée de Martin, à Berlin, a révélé dans 8 cas la présence de micro-organismes. Deux fois, il s'agissait du streptocoque pyogène, une fois du staphylococcus pyogenes albus ; enfin, une fois, d'un bacille mobile, saprophyte. Dans les autres cas, le pus ensemencé resta stérile, mais l'examen microscopique, d'après la méthode de Gram, montra une fois un diplococcus et trois fois des gonocoques de Neisser, avec leur forme et leur disposition caractéristique.

Dans les trois derniers cas, il fut impossible de déceler les cocci, même dans les tissus des organes extirpés par la laparotomie.

Dans l'opération, il s'était écoulé dans le péritoine du pus gonorrhéique provenant des sacs tubaires rompus. Ces faits, plusieurs cas, antérieurement rapportés par d'autres auteurs, de pyosalpinx avec issue de gonocoques dans le péritoine, remettent en discussion la question de la péritonite gonorrhéique, niée par Bumm et par l'auteur, question que Koch et l'auteur considèrent comme non résolue.

Mode de formation, non encore observé, de bride amniotique ayant déterminé des amputations multiples.

KUSTNER (Dorpat). — Un nouveau-né, à terme, bien vivant quoique présentant un certain degré de bouffissure de la face, est atteint, sur neuf doigts et les 2 gros orteils, d'amputation d'une ou de plusieurs phalanges. A l'examen du délivre et des membranes, on constate que l'amnios s'est complètement séparé du chorion, qu'il s'est rétracté jusqu'au niveau de l'insertion placentaire du cordon, et qu'il s'est transformé en une bride qui, en s'enroulant autour des extrémités fœtales, a produit les amputations observées. Il porte aussi un certain nombre de petits corps, semblables à des baies, vestiges évidemment des tronçons des doigts et orteils amputés. D'autre part, la disposition en spirale de la bride autour de l'insertion placentaire du cordon a sans doute causé, par la compression des vaisseaux de cet organe, l'état de bouffissure offert par le nouveau-né, à sa naissance.

Il est probable que la déchirure et le retrait consécutif de

l'amnios, sont survenus vers la fin du 2e mois ou le commencement du 3e, époque à laquelle, d'après les commémoratifs, on aurait observé des phénomènes d'avortement.

Rapport sur l'antisepsie en obstétrique.

HENRI FRITSCH. — Si je me fais une idée exacte de la mission d'un rapporteur, je dois essentiellement mettre en évidence les opinions qu'acceptent à l'heure actuelle la grande majorité des médecins allemands, et ne pas accorder une importance spéciale à la conviction scientifique, qui m'est personnelle. Mais, je me trouve dans cette situation heureuse de pouvoir constater que mes idées concordent entièrement avec celles de la généralité des médecins. Dans les choses de la médecine, il se rencontre aussi une opinion courante, une sorte de *vox populi*, qui correspond à la vérité, qui, entre l'exagération et l'excès en sens contraire, s'arrête au juste milieu.

Si nous jetons un coup d'œil sur les vingt dernières années, — car, antérieurement il ne peut être question d'antisepsie en tant que méthode de traitement de la fièvre puerpérale, — nous distinguons trois périodes : 1) *les recherches, les essais avec l'antisepsie, l'expérimentation plus ou moins circonspecte ;* 2) *l'élévation, pour ainsi dire, la marée haute, l'enthousiasme, l'exagération ;* 3) *l'acheminement progressif vers les opinions modérées, actuelles.*

Il est d'ailleurs naturel qu'au début d'une méthode de traitement, nouvelle, les considérations théoriques prédominent, puisque l'expérience pratique fait encore défaut. Seulement, il est beaucoup plus aisé que la théorie soit conséquente avec elle-même, que la pratique. Il est plus facile d'imaginer une méthode que de l'appliquer. Aussi, dès le principe, on s'exagère en prétentions et en espérances. On dit : la cause de la maladie est connue depuis longtemps. Nous avons appris à combattre victorieusement cette cause. Rien de plus simple, de plus commode que de conduire à bien cette lutte !

Mais, dans leur application, les règles antiseptiques établies, les différentes méthodes de la thérapeutique par les substances désinfectantes, exigent des conditions irréalisables dans la pratique privée. Je signalerai seulement la méthode, d'irriguer l'utérus d'une manière continue.

A ces expériences qui naturellement furent, en premier lieu,

entreprises dans les cliniques, souvent les médecins praticieus prenaient une part, et, à la vérité, non la plus mauvaise. Longtemps, régna le principe suivant : *chaque accouchée a en elle toute une quantité de produits toxiques*. Le poison doit, de toutes manières, être éliminé de l'organisme. Et beaucoup de médecins exigèrent même que les sages-femmes fissent le lavage, non seulement des parties génitales externes comme jadis, mais encore des organes génitaux internes. On disait, théorisant : la solution phéniquée ne peut être nuisible, les lochies sont des excreta qui doivent être éliminés. Enlevons ces substances inutiles, fermentescibles, éventuellement virulentes, de cette façon, nous ferons que toute accouchée restera, nécessairement, bien portante.

On tenait pour retardataire, de la vieille école, tout médecin qui n'entonnait pas ce chant de triomphe de l'antisepsie, et l'on considérait comme irrationnel de ne point pousser la méthode antiseptique aussi loin que possible.

Mais, cet édifice pompeux de l'antisepsie théorique fut battu par le rude courant de la pratique et renversé par les leçons de l'expérience, on s'aperçut bientôt que l'*asepsie absolue*, désirée, n'était pas obtenue avec l'antisepsie. Les accouchées étaient malades comme jadis. Bien plus ! Des rapports, émanés de directeurs d'hôpitaux, soucieux de la vérité, vinrent démontrer que les maladies, que même les cas de morts, depuis cet usage abondant de l'acide phénique, étaient devenus plus nombreux.

Naturellement, dans ce sens, l'acide phénique n'était pas dangereux. Le lavage de la plaie ne déterminait pas de fièvre ; une substance désinfectante n'infecte pas ; mais la région n'était accessible à aucune méthode sûre de désinfection. Il était impossible dans la région située entre l'anus et l'urèthre, en arrière de la vulve, siège de replis et de plaies irrégulières, dans la cavité utérine, de désinfecter aussi sûrement que sur la surface unie du tégument.

L'expérience nous enseignait-elle que des accouchées, en l'absence de lavages antiseptiques, restaient bien portantes durant les suites de couches, que d'autre part, malgré des lavages abondants, les suites de couches étaient plus souvent pathologiques, la question se trouvait par cela seul jugée : il fallait abandonner la méthode. Sans doute, on pouvait rechercher les raisons de nature à expliquer, scientifiquement, le fait contradictoire en

apparence, qu'avec le lavage phéniqué des plaies il survenait plus d'accidents qu'en l'absence de ce lavage; mais, il n'était pas possible, pour simple amour de la théorie, de conserver une méthode dangereuse.

Partout s'éleva ce conseil : ne pas vouloir trop faire, laisser les accouchées bien portantes en repos, ne pas vouloir forcer la nature à obtenir une guérison par un processus non naturel, là où, en réalité, il n'y a aucune maladie.

Ceux-là donc avaient raison qui, au début, ont combattu les exagérations des méthodes antiseptiques. Toutefois, ne condamnons pas ceux qui ont poursuivi l'idéal irréalisable d'une asepsie absolue par une antisepsie plus parfaite. Car, à ne jamais dépasser le but, à ne pas pêcher par excès, il est impossible de reconnaître le juste millieu. Celui qui rétrocède à temps, aura un mérite par cela même qu'il est allé un jour trop loin. Comment, sans expérience personnelle, eût-il reconnu qu'il était allé trop loin, qu'il peut et doit se contenter de beaucoup moins. Il n'a pas, dès le principe, agi à faux comme un insensé, il n'a pas actuellement été remis dans la bonne voie par d'autres, c'est peu à peu, d'une façon empirique, logiquement, en se rendant compte des fautes commises, qu'il est revenu à des idées justes. Aussi, ce sont des éloges et non des reproches qu'il a mérités!

A l'heure actuelle, nous sommes tous convaincus que, quand une accouchée est bien portante, — et nous pouvons diagnostiquer l'état de santé, — tout traitement local est hors de lieu, si toutefois nous nous accordons à ne pas considérer le lavage des parties génitales externes, comme un traitement.

Je crois donc exprimer l'opinion généralement acceptée, en formulant, comme une première position, la suivante : CHEZ TOUTES LES ACCOUCHÉES BIEN PORTANTES, POINT DE TRAITEMENT LOCAL.

J'accepte que sur ce point l'accord est fait. Mais, cet accord est plus problématique en ce qui concerne les cas fréquents de *fièvre légère*, de *la soi-disant fièvre de résorption*. Qu'est-ce cela, nous le savons.

Tel dit à ce sujet : Une fièvre même légère peut devenir élevée, des cas même simples peuvent devenir graves. N'est-il pas plus prudent de voir d'un même œil un cas léger et un cas grave, et de les traiter tous les deux énergiquement ? N'est-il pas préféra-

ble de mettre en œuvre tous les procédés et moyens antipyrétiques et antiseptiques éprouvés, que par une inaction complète, une indifférence imprudente risquer de méconnaître un cas grave, et de laisser passer le moment opportun pour une thérapeutique efficace.

Il est aujourd'hui encore des médecins qui, à l'apparition de la fièvre la plus légère, prescrivent immédiatement, au moins des injections vaginales.

Par contre, on peut dire : de faibles élévations de la température s'observent fréquemment en dehors et en dedans des murs des cliniques. Également, avant l'introduction de la méthode antiseptique, nous avons infiniment souvent constaté chez les accouchées des élévations de la température, sans que pour cela l'idée d'un pronostic sombre nous vînt, en général, à l'esprit. Ces cas évoluaient rapidement vers la guérison. Or, il n'en est pas différemment aujourd'hui. Et, il y aurait exagération de notre part si, à l'occasion de ces faibles ascensions de la température, et dans ces cas où il n'existe aucun trouble de l'état général, nous recourions immédiatement aux irrigations. Avec ces lavages, nous produisons sûrement, mécaniquement par la distension du vagin, par l'élévation de l'utérus ou même directement avec la sonde, dans les premiers jours, de petites lésions, et nous ne réalisons pas une purification absolue, c'est-à-dire la stérilisation du vagin. Or, si les lavages ne sont pas prudemment faits, systématiquement poursuivis et souvent répétés, l'agent désinfectant s'élimine, s'écoule, est chimiquement détruit ou résorbé avant que tous les germes soient morts. De nouvelles lochies arrivent de l'utérus, conséquemment de nouveaux liquides de cultures favorables à la multiplication exubérante des germes anciens capables encore de vivre. Promptement, la putréfaction s'établit et les petites plaies résorbent. On voit par là qu'un lavage, surtout quand ii est pratiqué par une main inhabile, ne fait que nuire. Ce fait, ainsi qu'il a été remarqué plus haut, l'expérience le démontre.

A la vérité, le médecin qui s'assujettirait à faire ces lavages méthodiquement, toutes les deux heures, avec précautions, bien et habilement, supprimerait ces inconvénients. J'ai moi-même longtemps employé avec de bons résultats ces irrigations abondantes. Quoi qu'il en soit, on pourrait toujours objecter contre la méthode, que son application impose aux accouchées beaucoup de fatigue,

qu'elle est douloureuse, qu'elle cause de l'agitation, qu'elle entraîne une grosse perte de temps, qu'elle surmène le médecin et qu'en outre elle est irréalisable à la campagne. Pour mon compte, il me paraît risqué qu'on enseigne et qu'on autorise des méthodes de traitement qui ne peuvent être appliquées que dans des hôpitaux parfaitement organisés, avec un personnel spécialement dressé et avec le concours de nombreux adjuvants. Que doit penser le médecin jeune, qui se heurtant aux dures nécessités de la pratique, est forcé, par suite de considérations étrangères, de se départir immédiatement des enseignements qu'il a reçus, et lorsqu'il acquiert la conviction que ce traitement compliqué est au moins inutile. Assurément, il n'y a aucune exagération à formuler la proposition suivante : *dans le traitement des malades tout ce qui est inutile est aussi nuisible.*

Par contre, il est évident qu'*il faut* soumettre à une observation rigoureuse les fièvres même légères. Et cette observation est si facile. Elle ne réclame que l'usage du thermomètre ! Les progrès de l'intelligence humaine dans ces dernières années sont tels, qu'à l'heure actuelle, tout le monde sait ce qu'est un thermomètre, et que toutes les sages-femmes savent relever la température. Quand un médecin dit que la sage-femme qu'il emploie est incapable de ce soin, c'est sur lui que retombe la faute. Dans les services d'enseignement, on ne fait qu'inculquer aux élèves les connaissances fondamentales, qui doivent être développées dans la suite. Or, tout médecin est le professeur naturel de la sage-femme, il doit instruire celles qui le secondent et compléter eur instruction.

Soit dit sommairement, j'appartiens à la catégorie des médecins qui interdisent aux sages-femmes toute injection pendant les suites de couches. Non point que je pense que, seul, un médecin est capable de les pratiquer, mais parce que le médecin, seul, peut poser exactement les indications, et que conséquemment, il est seul aussi à pouvoir, en connaissance de causes, décider si l'injection doit ou non être faite. Si, pour une raison quelconque, le médecin se voit dans l'obligation de confier le soin de faire cette injection, sous sa surveillance ou d'après ses instructions, à une sage-femme ou à une garde-malade qu'il sait être suffisamment experte, il peut se décharger de ce soin, sous sa responsabilité. Mais, *quant à l'indication des injections, c'est le médecin, seul, qui doit l'établir.*

Des considérations précédentes, je déduis comme deuxième proposition : DANS LES CAS DE FIÈVRE LÉGÈRE (FIÈVRE DE RÉSORPTION), SE CONTENTER DE SURVEILLER TRÈS SOIGNEUSEMENT LES MALADES.

J'arrive maintenant à la 3e proposition. Je sais très bien qu'en matière médicale, il est impossible de formuler en quelque sorte des articles de foi, concis. Dans les choses de la médecine, nous n'avons aucun dogme.

Comme la connaissance de la nature ne souffre aucun arrêt, de même, dans les choses qui nous concernent, tout est en évolution incessante. Ce qui est aujourd'hui, je ne veux pas dire pensé, mais accepté, peut demain être repoussé à la suite de nouvelles découvertes. Assertion confirmée en particulier par le développement qu'a subi l'étude de l'antisepsie et de l'asepsie. Ainsi, si l'on voulait rester inattaquable, en formulant des conclusions sur l'objet de mon rapport, il faudrait faire un grand nombre de restrictions. On devrait dire : dans les cas de fièvre élevée, s'il n'existe pas de péritonite, de paramétrite, de mastite, de pleurite ou de vulvite manifeste, également dans les cas de fièvre élevée avec absence de maladies extra-utérines, de même dans les cas de fièvre élevée, lorsqu'on est conduit à admettre que le point de départ de l'affection est dans l'utérus, ou bien, dans les cas de fièvre élevée dans les 3-5 premiers jours après l'accouchement, enfin, dans les cas de fièvre élevée quand on est sûr qu'il n'existe pas déjà de septicémie générale mortelle, il faut faire des injections intra-utérines.

Mais, une règle de conduite, entourée de tant de réserves, de tant de conditions restrictives, sera toujours attaquable. Aussi, en prévision de nombreuses objections, justifiées et non justifiées, l'ai-je condensée et exprimée dans la proposition suivante : DANS LES CAS DE FIÈVRE ÉLEVÉE, ON DEVRA FAIRE DES IRRIGATIONS INTRA-UTÉRINES.

La fièvre est-elle élevée durant les premiers jours des suites de couches, le cas, ainsi qu'on le sait depuis des siècles, est grave. Une thérapeutique énergique est justifiée et nécessaire, si toutefois nous attendons d'une thérapeutique quelque résultat, si nous ne sommes pas, à ce point de vue, d'absolus nihilistes. Nous savons, ainsi qu'il a été dit précédemment, que de légères ascensions de la température se terminent la plupart du temps par la

guérison, mais, d'autre part, nous savons aussi que, lorsqu'il y a fièvre élevée, surtout immédiatement après le travail, le cas devient facilement ou est déjà ce que nous appelons fièvre puerpérale, *sepsis in puerperio*. Je ne veux pas ici rechercher plus longtemps ce qui infecte, ni par quel mécanisme se fait l'infection, il me suffira, empiriquement, de poser la question : *quand la fièvre élevée démontre que l'infection est déjà dans la place, comment et où pouvons-nous prévenir les conséquences fâcheuses de l'infection ?* Il existe deux moyens : 1) fortifier l'organisme ; 2) éliminer les substances dont la résorption est nocive, et de cette façon désinfecter simultanément la surface, qui est déjà infectée et qui résorbe.

Je ne conteste pas les avantages que l'on obtient lorsqu'on s'efforce de fortifier l'organisme. Dans mon court travail « *Grundzüge der Pathologie und Therapie der Wochenbettskrankheiten* » j'ai suffisamment insisté sur ce point. Mais, le vin, la bière, le cognac, le bifteck, les œufs, etc., ne servent de rien, quand il se trouve dans l'utérus et dans le vagin une grande quantité de produits infectieux, qui se développent d'une manière continue, se multiplient et sont résorbés.

Il n'est pas douteux que le long du conduit génital, en haut ou en bas, existent des portes par lesquelles pénètre l'ennemi. Nous ne pouvons fermer ces portes, mais il nous est possible d'éloigner les masses infectieuses qui sont devant ces portes. S'il ne reste aucune substance résorbable, il ne peut plus dès lors se produire de résorption.

Il est vrai que les choses ne vont pas toujours aussi simplement. Le fait qu'il existe une fièvre élevée signifie que, non seulement il y a au niveau de la surface résorbante et devant ces portes ouvertes à l'infection des produits infectieux, mais encore qu'une certaine proportion de ces produits a déjà pénétré dans l'organisme, et que déjà ils ont exercé leur activité au sein des tissus ; pour employer le langage moderne : *que l'intoxication par les ptomaïnes a transformé les tissus sains en un milieu nutritif favorable au développement des cocci pathogènes.*

Mais comme les substances nocives en dissolution dans l'eau sont résorbées, de même des médicaments solubles peuvent être résorbés, parvenir au sein des tissus et rendre inoffensives les substances nocives déjà introduites. Nous avons appris, par les

faits d'intoxication par le sublimé, avec quelle rapidité résorbe le canal génital, puerpéral, durant les suites de couches.

Aussi, en lavant l'utérus nous visons un double but et nous obtenons un double résultat : nous éliminons les substances nocives déjà formées, nous empêchons une formation nouvelle de substances virulentes, et nous envoyons dans l'organisme des médicaments qui, localement, dans l'épaisseur des tissus, restent encore bactéricides.

Dans un cas, nous réussirons à sauver la vie, et non dans un autre. Mais, ne pas nettoyer l'utérus, serait agir comme un chirurgien qui prétendrait guérir une septicémie, en relation avec une plaie contuse, par quelques doses d'antipyrine.

Nul, parmi ceux qui durant les vingt dernières années ont eu à traiter des accouchées gravement malades, ne contestera que maintes fois les lavages utérins ont amené la guérison d'un cas grave. Nous devons même ajouter comme chose possible que, dans les cas où une ou deux injections intra-utérines ont été suivies de la défervescence et de la guérison, là encore, si ces lavages n'avaient pas été faits, le développement ultérieur des cocci, la résorption des ptomaïnes et la maladie causée par ces phénomènes successifs, auraient pu conduire à l'installation d'une septicémie mortelle. Les streptocoques des exsudats ne se distinguent par rien des cocci de la septicémie mortelle. Toutefois, je ne base pas ces opinions sur des considérations théoriques relatives aux streptocoques et aux ptomaïnes, à la résorption et la fièvre, mais sur une expérience de 20 ans qui m'a appris qu'il est possible, avec les lavages utérins, de sauver une existence très gravement compromise.

En particulier, dans les maternités consacrées à l'enseignement, on observe de temps à autre, malgré toute la surveillance et toutes les précautions, un cas d'infection. L'étudiant n'est pas précisément un maître en matière de prophylaxie antiseptique. Mais, si l'on apporte une extrême attention, on peut à temps, en semblables circonstances, couper court au danger.

Depuis l'année 1887, je n'ai pas observé à la clinique un seul cas de mort. 1620 accouchements sans un décès ! Par contre, les méthodes appliquées n'ont eu qu'une influence à peu près nulle sur la morbidité. On a employé l'acide phénique, le sublimé, la créoline, et depuis avril 1890, seulement l'eau pour les lavages prophylactiques.

Pour toutes ces raisons, je considère encore aujourd'hui, qu'il convient, quand la fièvre est élevée, de commencer le traitement par une injection intra-utérine.

Ce serait évidemment aller trop loin, que d'entrer dans tous les détails de ce traitement. Je désire seulement, je ne dirai pas faire quelques remarques, mais exprimer encore quelques opinions.

Il est impossible de fixer le moment et le nombre des lavages. *Le moment des lavages*, parce que dans la pratique privée on ne voit pas les cas au début, parce qu'on n'est pas appelé dès le premier frisson. *Le nombre des lavages*, parce que nous réglons notre conduite d'après les résultats fournis par un lavage isolé. L'existence d'une septicémie mortelle est-elle évidente il n'est d'aucune utilité de tourmenter une moribonde. De même, il est clair que si l'on a fait la constatation formelle d'un exsudat, ce n'est plus une affection utérine mais extra-utérine, qu'il s'agit de combattre. *L'injection représente surtout le commencement du traitement, elle n'est qu'une partie, et à la vérité une partie importante de la thérapeutique, mais le nettoyage d'une surface cruentée n'est pas tout le traitement.*

Quoi qu'il en soit, je tiens pour justifiée cette troisième proposition : DANS LES CAS DE FIÈVRE ÉLEVÉE, IL FAUT IRRIGUER L'UTÉRUS.

M. PRIESTLEY (Maine, États-Unis), appelle l'antisepsie la plus grande conquête médicale du siècle. Il y a vingt ans, il avait, dans la Maternité qu'il dirige, une mortalité de 1 pour 13,0. Il viendra un jour, qui n'est pas éloigné, où la fièvre puerpérale ne sera plus connue que de nom.

SLAWJANSKY (Saint-Pétersbourg). Les statistiques fournies par la plupart des maternités russes, témoignent plus en faveur des accouchements qui ont lieu dans les cliniques qu'en faveur de ceux qui ont lieu dans la pratique privée. Et cela, malgré ce fait que la fréquence des complications et des opérations, conditions qui chargent les statistiques et qui expliquent les résultats plus ou moins divers obtenus dans les différents services, est plus grande dans les cliniques. De 1886-90, il a été enregistré en Russie 76,000 accouchements, avec une morbidité seulement

de 8,75 0/0 et une mortalité de 0,38 0/0, résultats très satisfaisants en comparaison surtout de ceux de jadis. D'autre part, l'analyse de ces statistiques montre que les chiffres vont en diminuant d'année en année, ainsi : en 1886 ils étaient de 9,43 0/0 et 0,48 0/0, tandis qu'en 1889 ils s'abaissèrent à 8 0/0 et 0,28 0/0. Il ne faut pas toutefois rapporter exclusivement la différence des résultats à l'emploi des antiseptiques, mais faire surtout entrer en ligne de compte la fréquence plus ou moins grande : 1° *d'accouchements chez les primipares*, 2° *d'opérations*, 3° *de complications*, circonstances qui empirent les statistiques. Il est à remarquer que les grandes maternités et les services affectés à l'enseignement, fournissent de meilleurs résultats que les petits asiles où il n'y a que le personnel affecté aux soins des accouchées. Cette constatation plaide en faveur de la construction de grands établissements.

Loi de périodicité des fonctions physiologiques dans l'organisme féminin.

OTT (St-Pétersbourg). — Il n'est pas une fonction de l'organisme humain qui ait suggéré autant d'hypothèses que le processus des écoulements sanguins menstruels, qui, chez toute femme saine, se font à des intervalles réguliers. Toutefois, bien que le plus grand nombre de ces hypothèses soient fort ingénieuses, aucune d'elles n'a fait assez de lumière autour de ce processus ni en ce qui concerne la menstruation chez la femme, ni en ce qui a trait aux pertes de sang à l'époque du rut chez les animaux.

Si je me permets aujourd'hui d'aborder ce sujet, je n'ai cependant nullement l'intention d'ajouter une hypothèse de plus à celles déjà existantes. Mon but est de montrer simplement la voie qui a déjà permis de mettre en évidence certains faits nouveaux, et qui nous conduira, à bref délai, je n'en doute pas, à une explication exacte du processus de la menstruation. Les recherches sur lesquelles nous aurons plus loin à parler, ne portent pas directement sur la menstruation, mais sur ces processus vitaux, qui entrent en jeu dans l'organisme de la femme pendant toute la période de l'activité sexuelle. Ces phénomènes se produisent et cessent avec la menstruation, ils rentrent donc parmi les phénomènes concomitants, ils sont vis-à-vis d'elle en rapport de dépen-

dance, relation d'autant plus certaine que la périodicité la confirme.

Je laisserai de côté ces phénomènes d'excitabilité, de nervosisme, et les autres phénomènes analogues qui apparaissent à chaque menstruation pour ne m'occuper que des symptômes susceptibles d'être soumis au contrôle d'une méthode scientifique, rigoureuse.

Nous possédons déjà, à l'heure actuelle, des observations exactes sur la température, le pouls et la pression sanguine (C. Rein, Repreff, Dr Ott) qui, toutes concourent à établir que l'activité vitale est à son *maximum* avant la menstruation et qu'elle s'abaisse au début de celle-ci ou immédiatement avant.

Les tracés sphygmographiques, force musculaire et excrétion de l'urée subissent, semble-t-il, des oscillations semblables (Goodmann, Stephanson, Mary Jacoby, Rabuteau). A cause de la grande importance de ces faits, j'engageai le Dr Schichareff à entreprendre de nouvelles recherches sur les phénomènes connexes de la menstruation et à contrôler les recherches déjà faites. Indépendamment de la température, du pouls, et de la pression sanguine, les nouvelles recherches portèrent sur la chaleur rayonnante, la force musculaire, la capacité pulmonaire, la force de l'inspiration, de l'expiration, ainsi que sur l'état du système nerveux par l'étude des réflexes tendineux. On choisit pour ces recherches des femmes, bien portantes, qui, durant tout le temps des observations, restèrent dans les mêmes conditions. Ces observations furent toujours prolongées pendant un long intervalle de temps, dans quelques cas elles comprirent jusqu'à 2 à 3 périodes menstruelles, et les recherches furent pratiquées quotidiennement, à une certaine heure, toujours la même, de la matinée. De cette façon, il fut examiné 57 femmes durant 68 périodes menstruelles.

Les recherches sur la chaleur rayonnante furent toujours pratiquées avec l'appareil *ad hoc* (Thermofugoskops) d'Aruchem, qu'on applique sur un point, toujours le même, de la poitrine (4 sujets d'expérience, 10 périodes menstruelles). La force musculaire fut appréciée au moyen du dynamomètre de Collin, aux deux mains, la traction étant faite avec deux doigts (16 sujets d'expérience, 20 périodes menstruelles). La capacité pulmonaire et la force des ampliations respiratoires furent mesurées avec le spiromètre de Hutchinson et le pneumatomètre de Waldenburg.

Le moment du phénomène de réaction du réflexe patellaire fut déterminé à l'aide du petit marteau, spécialement imaginé pour ces recherches par Bouilly (*Comptes rend. des séances et mém. de la Soc. de biologie*, 1882, p. 595); on eut soin d'imprimer au tendon rotulien un certain choc, toujours le même, sur un point, également invariable, marqué avec un crayon d'aniline.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les résultats fournis par l'étude de l'activité de certains organes et systèmes, appareils respiratoire, vasculaire, musculaire, système nerveux, nous trouvons que : *l'énergie des fonctions de l'organisme féminin augmente avant le début de la menstruation, que par contre elle diminue immédiatement avant ou dès le commencement de l'écoulement sanguin.*

Toutefois, l'excitabilité du système nerveux et la chaleur rayonnante, atteignent leur maximum un peu plus tardivement, pendant la période menstruelle.

Ces recherches et les recherches antérieures démontrent d'une façon scientifique que les fonctions de l'organisme féminin sont réellement soumises à une loi de périodicité. Mais, il s'agissait encore de savoir si ses oscillations régulières étaient ou non sous la dépendance de la menstruation. Et pour cela, voir ce qu'elles devenaient chez les sujets non encore menstruées ou ayant cessé de l'être. Or, les nombreuses recherches entreprises chez les petites filles de 8 à 13 ans et chez des femmes de 58 à 80 ans, inaptes à la génération et également non menstruées, démontrèrent l'absence de ces variations périodiques. « L'observation exacte des processus en question permettrait d'établir finalement une loi, que je désirerais voir formuler de la façon suivante : *Loi de périodicité des fonctions physiologiques dans l'organisme féminin.* »

Myômes utérins. — De l'étiologie des myômes utérins.

Engstrœm (Helsingfors). — L'examen des faits cliniques fait voir que l'hyperhémie répétée de l'utérus, à l'occasion des éruptions menstruelles, exerce une influence inconstestable sur le développement des myômes utérins. Mais, est-on en droit de considérer ces hyperhémies répétées comme la « cause première » de ces tumeurs, cela est plus contestable. On est plutôt enclin à leur accorder une origine embryonnaire. Et cette hypothèse paraî-

trait d'autant plus fondée, que l'on réussirait à démontrer qu'il existe chez les femmes atteintes une sorte de prédisposition héréditaire. Mais, cette démonstration n'est pas encore faite, bien que Winckel, C. Braun, Gusserow aient observé des cas dans lesquels, la mère et la fille, ou bien deux sœurs avaient présenté des myômes utérins.

De son côté, Emgstron a recueilli les observations suivantes :

1) 2 sœurs atteintes de myômes. Leur mère morte d'hémorrhagies utérines, portait une grosse tumeur hypogastrique.

2) 2 sœurs atteintes de myômes.

3) 3 sœurs atteintes de myômes. Quatrième sœur bien portante. Mère morte d'hémorrhagies utérines, auxquelles elle était sujette depuis quatre ans.

4) 2 sœurs atteintes de myômes, troisième sœur bien portante.

Sur les opérations des myômes.

Fritsch (Breslau). — En première ligne, la *castration*. Il n'est pas douteux que des myômes s'atrophient après la ménopause artificielle comme après la ménopause naturelle. Mais, cette atrophie comporte encore des dangers nouveaux, nécrose, putréfaction, thromboses, pyohémie, septicémie. D'autre part, on peut observer des dégénérescences kystiques, une augmentation de volume de la tumeur en dépit de la castration. Ainsi, dans 2 cas, l'auteur dut, consécutivement à l'extirpation des ovaires et en raison de l'accroissement de la tumeur, procéder à son enlèvement. Néanmoins, la castration reste indiquée dans 2 cas : 1) quand la malade est trop faible (toute autre intervention mettrait le sujet en trop grand péril) ; 2) quand les tumeurs sont suffisamment petites pour qu'on puisse, le cas échéant, les enlever par le vagin.

La 2me opération, c'est l'*énucléation*, la *décortication* : 1) énucléation de myômes situés dans le parenchyme utérin ; 2) énucléation de myômes para-utérins, sous-séreux. L'auteur a renoncé d'une manière générale à l'énucléation et recourut de préférence à l'extirpation totale de l'utérus, y compris les annexes, pour plusieurs raisons importantes : l'énucléation, à en juger par son expérience personnelle, laisse fort peu de chances de grossesse ; souvent, quand le myôme est situé près de la muqueuse, on est

obligé de sacrifier une portion plus ou moins étendue de la face interne de l'utérus, or, malgré toutes les précautions, il paraît risqué de laisser *in situ* un utérus fatigué, mal nourri, et d'une vitalité douteuse : dangers d'hémorrhagies graves, etc. ; enfin, possibilité d'oublier un myôme, de petit volume, mais susceptible de prendre un accroissement rapide. Aussi, l'auteur restreint-il l'application de l'énucléation aux cas de polypes sous-péritonéaux à large base. Quand il s'agit d'un myôme situé profondément dans le parenchyme utérin, il enlève l'utérus par la laparomyomotomie typique.

Quant à l'énucléation des myômes, gros, intraligamentaires, c'est une opération extrêmement difficile et pleine de dangers. L'hémorrhagie surtout est à craindre. Toutefois, l'intervention s'impose, car ces tumeurs ont une tendance à s'accroître, non point toujours par accroissement des éléments fondamentaux, mais par voie de dégénérescences, dégénérescence kystique, myxomateuse, — il faut opérer, ou la malade est vouée à la mort. Si l'on peut conserver le revêtement péritonéal, le sac, la capsule dans laquelle gisait le myôme, on la suture à la paroi pelvienne, après excision des tissus en excès. Si la capsule se déchire en plusieurs points, si elle se détache mal du myôme, on bourre le fond de la loge et on suture au-dessus le sac déchiré, par une disposition des fils analogue à celle du cordon d'une blague à tabac, de façon à isoler la loge de la tumeur de la cavité abdominale. Puis, par le vagin, on incise hardiment sur une longueur de 4 centim. cette tumeur, factice, qui proémine dans ce canal, et l'on retire un peu, par l'incision, le bout inférieur de la bande de gaze, qu'on a eu soin de pourvoir d'un signe capable de le faire reconnaître. Que l'on ait ouvert ou non le vagin, il est prudent de le tamponner fortement, car ce tampon, ainsi que celui de la poche ancienne de la tumeur, surtout si l'on a soin d'appliquer un bandage abdominal solide, préviennent les hémorrhagies secondaires.

En ce qui concerne les gros myômes intra-pariétaux, pour lesquels on fait la laparomyomotomie typique, l'essentiel dans l'intervention c'est la méthode adoptée pour le traitement du pédicule : a) traitement intra-péritonéal ou extra-péritonéal. Actuellement, c'est le traitement extra-péritonéal qui a fourni les meilleurs résultats. Le procédé que j'ai indiqué, est un de ces modes d'application. Sur 87 opérations, j'y ai eu recours 60 fois et ai perdu

6 malades. Avec de tels résultats, il est impossible d'abandonner sans plus de réflexion une semblable méthode. Mais, je suis bien loin de la tenir pour suffisante.

A la vérité, pour moi, *la méthode de l'avenir, ce n'est ni la méthode extra-péritonéale ni la méthode intra-péritonéale, mais l'extirpation totale de l'utérus.* Comme pour le cancer nous sommes arrivé peu à peu à l'hystérectomie complète, de même pour les myômes utérins l'extirpation totale fera reléguer bientôt, comme surannées, l'énucléation et la myômotomie supra-vaginale, en un mot tous les autres procédés opératoires.

Des causes de la rotation de la tête fœtale autour de l'axe pelvien durant sa progression dans le bassin.

Schatz. — Après un historique détaillé et après avoir rappelé les facteurs divers que l'on a mis en jeu (action du releveur de l'anus, du muscle pyramidal, des obturateurs, plans inclinés, pression intra-utérine, rotation des épaules, etc.), l'auteur développe cette opinion que *ce mouvement de rotation est la conséquence directe et nécessaire de la forme ovalaire de la tête.*

De l'hématocèle.

T. Veit. — Veit recommande tout d'abord de donner des noms différents aux épanchements sanguins qui se font dans les diverses régions périgénitales de la femme; on dira : a) *hémorrhagie intra-péritonéale* pour un épanchement sanguin libre dans la cavité péritonéale; b) *hématocèle* lors d'hémorrhagies enkystées dans le péritoine; c) *hématome*, lors d'hémorrhagies dans le tissu conjonctif. L'hématocèle ne résulte jamais d'un épanchement sanguin libre, dans une cavité péritonéale saine, car, si l'hémorrhagie s'arrête, le sang est résorbé, si elle ne s'arrête pas la mort survient, la pression intra-abdominale étant insuffisante pour arrêter l'hémorrhagie. Pour qu'il y ait hématocèle, il faut ou que des adhérences préalables limitant l'hémorrhagie existent ou que l'hémorrhagie soit très lente et se produise dans une cavité péritonéale où existent déjà plus ou moins d'adhérences (c'est ce qui arrive, le plus souvent, dans la grossesse tubaire). Dans l'hématome, l'hémorrhagie est arrêtée par la résis-

tance du tissu conjonctif qui double le péritoine. Le diagnostic de l'hémorrhagie libre dans la cavité péritonéale se fonde sur la constatation de symptômes généraux d'anémie, sans signes objectifs du côté du péritoine et en l'absence de toute autre cause d'hémorrhagie utérine. On ne peut percevoir un épanchement sanguin libre dans le péritoine, qu'il soit à l'état liquide ou qu'il soit coagulé. Il est généralement facile de distinguer l'hématocèle de l'hématome, l'expérience nous apprend que, dans les cas difficiles, c'est un diagnostic sans importance. Dans les 2 cas, il y a tumeur. Il semble que l'on soit généralement d'accord sur le traitement de l'hématome et de l'hématocèle. Dans le cas d'hémorrhagie libre dans le péritoine, sans signes objectifs et avec symptômes généraux graves, il faut ouvrir l'abdomen. Veit recommande d'opérer le bassin élevé, et pour avoir une hémostase absolument certaine, si le sang vient de la trompe, il conseille de lier celle-ci ainsi que les vaisseaux utéro-ovariens.

L. Tait dit qu'il est entièrement d'accord avec le Dr Veit sur la nécessité d'avoir une nomenclature, mieux définie, des diverses hémorrhagies qui se font dans le bassin. Le terme hématocèle lui semble convenir aux hémorrhagies intra-péritonéales, et l'hématome aux hémorrhagies qui se font dans l'épaisseur des ligaments larges. L'hémorrhagie intra-péritonéale commande la laparotomie immédiate et la ligature du point qui saigne, tandis que l'hémorrhagie intra-ligamentaire peut être abandonnée à elle-même dans le plus grand nombre de cas. Dans l'hématocèle, en effet, tous les hémostatiques ordinaires restent sans effet, tandis que dans l'hématome la coagulation est favorisée par des conditions anatomiques et l'hémorrhagie est dès lors facilement arrêtée. Dans l'hématocèle, il se forme fréquemment une tuméfaction arrondie au-dessus du détroit supérieur, avec saillie plus ou moins marquée dans le cul-de-sac vaginal. Dans l'hématome, la tuméfaction s'étend inférieurement jusque vers les parois osseuses du bassin constituant ainsi quelque chose d'analogue à la voûte de la crypte d'une église. R. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. Bouilly. **Opération de fibrome utérin.** — Il s'agit d'une femme de 42 ans, n'ayant jamais accouché, souffrant depuis six ans d'une

métrite avec fibrome volumineux, qui faisait saillie à la vulve et dont tous les mois le médecin réséquait une partie.

Cette malade, qui éprouvait des douleurs très violentes dues aux contractions utérines, était dans un état profond d'anémie.

Du côté de l'abdomen le fibrome remontait jusqu'à l'ombilic ; le vagin était rempli par une masse qui se continuait manifestement avec la tumeur abdominale ; l'hystéromètre passé sur les côtés du fibrome disparaissait dans la cavité utérine. Je ne pouvais songer au morcellement par la voie vaginale, opération bonne pour les fibromes de moyen volume, désastreuses pour les gros. J'abandonnai aussi l'idée de l'hystérectomie totale, parce qu'il me semblait impossible de constituer un pédicule. Je pensai à faire une opération analogue à l'opération césarienne.

La laparotomie médiane me conduisit sur l'utérus que je fis saillir au dehors, et refermai la cavité abdominale par des sutures et des compresses. Après avoir mis sur la partie inférieure un gros fil de caoutchouc pour le cas où il surviendrait une hémorrhagie, j'incisai l'utérus depuis le fond jusqu'au pubis ; un hystéromètre, introduit dans la cavité utérine, me servait de guide. J'arrivai ainsi sur le fibrome qui était libre sur une certaine étendue, j'incisai la muqueuse utérine, au point où elle recouvrait encore le fibrome, décollai la tumeur avec le doigt, et me disposai à l'extraire, quand elle fut libérée de tous côtés.

A ce moment, je m'aperçus que la tumeur, rétrécie au niveau du col, avait une forme de sablier et qu'il me serait impossible d'extraire par cette voie la portion vaginale. Je sectionnai la tumeur, retirai la partie utérine par l'incision abdominale, et morcelai par le vagin la partie vaginale ; je pus ainsi enlever complètement le fibrome.

L'utérus s'était fortement et rapidement rétracté : mon incision, qui avait environ 14 a 16 centimètres, n'en avait plus que 7 ou 8. Cette incision est fermée par 16 sutures à la soie, n'intéressant pas la muqueuse, puis par un ou 2 points superficiels, après m'être assuré que le liquide poussé par une injection ne sourdait plus par aucun point. L'utérus, gros comme un utérus normal, fut rentré dans la cavité abdominale. L'opération avait duré 40 minutes, et n'avait fourni qu'une très faible quantité de sang. Les suites de l'opération furent excellentes : la malade était guérie trois semaines après.

Cette opération a déjà été faite par Martin, de Berlin, puis par

M. Doléris, et par M. Terrier. Je ne la donne pas pour une opération courante, mais la crois très bonne dans certains cas.

M. MARCHAND, à propos de l'opération, analogue à une opération césarienne, pratiquée par M. Bouilly, a fait remarquer à la séance suivante (7 mai) que bien souvent il sera impossible d'en agir ainsi : 1° parce que l'utérus doit être très élevé pour pouvoir être attiré au dehors ; 2° parce que, plus souvent qu'on ne le pense, on ne peut mener à bien l'énucléation. Deux fois, sur le cadavre, il a vainement tenté l'énucléation : l'adhérence du myôme à la substance utérine était intime.

M. TERRILLON est d'un avis analogue. Hier, en particulier, il s'était proposé d'agir comme M. Bouilly, chez une femme de 48 ans qui souffrait gravement d'un fibrome remontant jusqu'à l'ombilic, Mais quand il voulut amener l'utérus au dehors et appliquer le lien de caoutchouc, il constata que les ligaments larges étalés s'y opposaient. Il sectionna donc les ligaments entre deux pinces, puis les lia et fit l'amputation supra-vaginale, avec traitement intra-péritonéal du pédicule, serré dans un lien élastique. C'est là une méthode sur laquelle il reviendra et qui lui a donné 8 0/0 de mortalité seulement.

M. TERRILLON. **Statistique d'ovariotomie** (1).

M. ROUTIER. **Hernie ischiatique de l'ovaire**, a lu à la séance du 21 mai un rapport d'un fait de hernie ischiatique de l'ovaire observé par M. Chénieux (de Limoges) sur une femme de 40 ans, porteuse d'une tumeur fessière pour laquelle le diagnostic hésitait entre un lipome et une hernie. L'opération fit voir qu'il s'agissait d'une hernie de l'ovaire, devenu kystique et accompagné de la trompe. La malade a guéri en 17 jours. Les faits de ce genre sont très rares; on en trouve deux dans la thèse de Deneux (1813) ; Velpeau en cite deux autres.

M. TERRIER. **Des cystopexies pour cystocèle vaginale**. — Nous avons reçu trois travaux, de MM. de Vlaccos de Metelin (Turquie), Dumoret et Tuffier (de Paris), où est étudié la *cystopexie*, opération qui a pour but de suspendre la vessie à la paroi abdominale en cas de cystocèle vaginale et qui est, vous le voyez, comparable à l'hystéropexie pour prolapsus.

M. de Vlaccos a deux observations, toutes deux heureuses. Son

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, juillet 1890.

procédé consiste à faire une incision hypogastrique médiane longue de 6 cent, et aux lèvres de cette plaie, sans traverser la peau. Il fixe la vessie par des anses de catgut qui perforent de part en part la paroi vésicale antérieure. La plaie est réunie sans drainage. Les deux fois, il s'agissait de cystocèles simples. M. de Vlaccos se loue considérablement du résultat obtenu, et à son sens son opération, assez simple, est préférable aux procédés vaginaux classiques.

(Ici M. Terrier résume le travail de M. Tuffier et celui de M. Dumoret (1).

Ainsi, nous voilà en présence de deux méthodes : l'une intrapéritonéale (de Vlaccos, Dumoret), l'autre extra-péritonéale (Tuffier). Il est intéressant de constater que l'opération de M. Tuffier, la première de toutes, nous permet de suivre un succès pendant plusieurs mois : après une kystéropexie préalable, il est vrai.

Mes appréciations seront brèves, car mon expérience personnelle est nulle. Peut-être la cystopexie sera-t-elle parfois un complément utile de l'hystéropexie. Mais je crois qu'il faut se garder de conclure prématurément que les opérations vaginales classiques sont supplantées, et même jusqu'à nouvel ordre, c'est vers elle que je pencherais encore de préférence.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de gynécologie clinique et opératoire, par S. Pozzi. Paris, 1890.

Après avoir pendant longtemps tenu le premier rang, les gynécologistes français se sont,pendant quelques années laissés distancer par leurs voisins. Bien que les études gynécologiques eussent repris dans notre pays un essor considérable et fait l'objet de monographies nombreuses, nous ne possédions toujours comme livre didactique que le traité de Courty, excellent lors de son apparition, mais aujourd'hui bien vieilli. Nous en étions réduits à étudier les ouvrages étrangers, dont beaucoup avaient du reste été traduits (Hégar et Kaltenbach, Schröder, Hart et Barbour, Martin Hofmeier, Munde, etc.). Ces divers ouvrages possédaient des qua-

(1) Voir *Annales de Gynécologie,* juillet 1890, p. 21 et 28.

ités nombreuses mais aucun, pris isolément, ne répondait aux désirs de l'étudiant et du praticien, qui veulent trouver, en un même volume, les divers renseignements pathologiques et techniques, dont ils peuvent avoir besoin. A ce titre, le traité que vient de publier M. Pozzi, remplit une véritable lacune et l'emporte de beaucoup sur ceux de ses devanciers. D'une lecture facile, il contient tous les documents que l'on peut souhaiter y trouver. Tout en étant complet, tout en donnant le résumé et l'indication exacte des travaux les plus importants publiés tant à l'étranger qu'en France, le livre de M. Pozzi reste un livre d'enseignement par la clarté de ses divers chapitres. On retrouve, dans cette œuvre magistrale, les qualités naturelles de son auteur : précision dans le détail avec conservation des grandes lignes. Nous ne pouvons faire de meilleur éloge d'un traité destiné à être classique et non pas seulement à exposer les idées personnelles de l'auteur que l'on trouve développées dans les divers mémoires qu'il a publiés. Un index alphabétique à la fin du volume permet au lecteur de faire facilement ses recherches. De nombreuses figures aident à saisir les divers procédés opératoires que l'on trouve complètement décrits dans cet ouvrage. (H. H.)

Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement employés en gynécologie, par le professeur SIMON DUPLAY. Paris, 1890.

Écrit pour le praticien et l'étudiant, le livre du professeur Duplay est essentiellement élémentaire. Le débutant y trouvera une foule de renseignements utiles sur le toucher, l'emploi des spéculums, les injections et pansements vaginaux, la dilatation utérine, etc. Essentiellement pratique ce manuel rendra certainement de grands services à ceux qui, tout en n'étant pas rompus aux traitements actuels, désirent cependant faire de la petite gynécologie.

Bactériologie chirurgicale, par N. SENN, traduite par A. BROCA. Paris, Steinheil, 1890.

Nous n'avons pas à faire ressortir l'intérêt qui peut s'attacher à la lecture d'un traité de bactériologie chirurgicale. Les immenses progrès, qui ont révolutionné la chirurgie depuis 15 ans, sont dus aux connaissances microbiennes ; chaque jour voit aujourd'hui paraître de nombreux travaux destinés à élucider des questions étiologiques. C'est à grouper ces travaux et à les exposer que

Senn a consacré son ouvrage. Il ne s'agit pas là d'un livre de technique microscopique. Senn est chirurgien ; son œuvre est celle d'un clinicien qui, s'appuyant sur les travaux de laboratoire, a cherché à écrire une pathologie générale chirurgicale dans le goût du jour et qui n'a pu le faire qu'en traitant de la bactériologie chirurgicale.

La transmission héréditaire des maladies microbiennes, l'existence de microbes pathogènes dans l'individu sain, leurs portes d'entrée, leurs localisations, leur élimination, leurs antagonismes constituent la première partie de l'ouvrage ; dans la deuxième, plus spéciale, Senn étudie l'inflammation, la suppuration, la pyohémie, l'érysipèle, la septicémie, la gangrène, le tétanos, la tuberculose, le charbon, la morve, la blennorrhagie, la syphilis, l'actinomycose ; il termine en rappelant ce qu'on a écrit sur l'origine microbienne des tumeurs.

La traduction de M. A. Broca est claire, nette, précise ; des additions en petit texte lui ont permis de résumer un bon nombre de travaux tout récents qui n'avaient pas trouvé place dans le texte anglais ; de plus, M. A. Broca a complété, corrigé, rectifié les indications bibliographiques souvent inexactes du chirurgien américain. C'est dire qu'il vaut mieux lire cette traduction que le texte original qui avait primitivement paru, il y a dix-huit mois environ, dans les *Transactions of the American surgical association.*

Manual of Gynecology, par Hart et Barbour. 4e édit., Edinburg and London, 1890.

Nous n'avons pas à faire connaître à nos lecteurs le traité de gynécologie d'Hart et Barbour. Traduit autrefois en français, ce manuel a obtenu un succès mérité. La 4e édition, qui vient de paraître, a été revue dans ses diverses parties, les auteurs y ont fait quelques additi ns, entre autres un chapitre sur le massage et un sur la méthode d'Apostoli. On y trouve, classées par ordre alphabétique de matières, les indications bibliographiques d'un grand nombre de travaux parus depuis la publication de la troisième édition, soit dans les années 1886, 1887 et 1888.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'OVARIOTOMIE PENDANT LA GROSSESSE

Par le Dr **Otto Engström**, professeur agrégé à Helsingfors.

La présence d'une tumeur ovarique a toujours un caractère grave. Mais, si une femme enceinte en est atteinte, cette tumeur entraîne encore beaucoup plus de danger.

Il arrive, en effet, que les tumeurs ovariques et la grossesse peuvent coexister et se développer sans avoir d'influence fâcheuse l'une sur l'autre, surtout si les premières n'ont pas un développement excessif ou ne sont pas dans une situation défavorable. Les tumeurs de l'ovaire désignées ci-dessous peuvent s'arrêter dans leur croissance ou même diminuer. Cependant, on ne peut pas toujours compter sur cette chance ; ordinairement la croissance continue, parfois sensiblement plus vite que lorsqu'il n'y a pas de grossesse concomitante. Bien souvent de semblables tumeurs causent un accouchement prématuré ; c'était probablement le cas dans la première grossesse du premier des sujets que j'ai opérés. Le pronostic d'une semblable fausse couche paraît être bien pire que dans les cas ordinaires, peut-être par suite des difficultés qui peuvent s'opposer à un traitement rationnel, mais aussi pour d'autres raisons. En même temps que la matrice prend du développement, la tumeur ovarique peut occasionner de

graves accidents de compression. Le kyste, fortement comprimé peut, en outre, crever, répandre son contenu dans la cavité abdominale et, par conséquent, causer même quelquefois la mort. Par suite de la torsion de l'axe du pédicule, l'épanchement du sang peut être produit dans l'intérieur du kyste ou dans la cavité abdominale, une péritonite, ou la gangrène de la paroi du kyste avec ses conséquences, être amenée. Enfin une rapide dégénération maligne de la tumeur paraît quelquefois se produire sous l'influence de la grossesse.

Mais, même si tout se passe heureusement jusqu'au travail de l'accouchement, que ce dernier ait lieu à terme ou avant terme, toute crainte au sujet de la tumeur ovarique n'a cependant pas disparu. Si elle est située dans le détroit pelvien, elle peut offrir un obstacle insurmontable ou au moins grave à l'expulsion du fœtus. La malade peut mourir sans avoir été délivrée, une rupture de l'utérus ou du vagin pouvant survenir. La tumeur peut aussi s'aplatir et parfois crever. Ces circonstances, on le comprend facilement, et l'expérience le prouve, ne sont pas indifférentes pour la mère. Enfin, indépendamment de la place de la tumeur, la torsion du pédicule s'est parfois produite pendant l'accouchement. Il y a pourtant des cas où une tumeur ovarique n'a causé aucune perturbation remarquable pendant l'accouchement, ni même pendant aucun des accouchements suivants. Mais ces cas sont fort rares.

Même si l'accouchement a eu le dénouement le plus heureux, une tumeur ovarique peut pourtant agir de la manière la plus funeste sur les couches. Il n'est pas rare qu'il y ait d'abord une torsion du pédicule et un déchirement du kyste. Ou bien les suites d'un tel accident n'ont pas eu le temps de se manifester auparavant. Il peut en résulter une grave péritonite. On peut citer à cet effet le cas n° 2, traité par moi, que je rapporterai plus loin et qui sert d'excellent exemple : le kyste déjà existant, sans aucun doute, pendant la grossesse précédente, avait, pendant l'accouchement, éprouvé une tor-

sion du pédicule, et comme il y avait eu des adhérences pendant l'opération, il se produisit une forte inflammation du péritoine qui mit la vie de la malade dans le plus grand danger. Mais même s'il n'y a pas torsion du pédicule, une décomposition purulente et nécrotique de la tumeur paraît se produire pendant les couches et amener promptement la mort ; les tumeurs dermoïdes surtout paraissent y être plus sujettes. Enfin une tumeur ovarique tombée dans le petit bassin peut comprimer le col de l'utérus et donner lieu à une rétention des lochies.

Le grand danger que court, pendant l'accouchement et pendant les suites de couches, une femme affligée d'une tumeur, ressort on ne peut plus clairement de l'examen des observations publiées à ce sujet. Ainsi *G. Jetter* (1) a constaté que sur 165 cas de tumeur ovarique compliquant 215 accouchements, le résultat était inconnu pour 11 et mortel pour 64 cas, ce qui indique une mortalité s'élevant à 49,53 0/0. *W. S. Playfair* (2) arrive à un résultat un peu meilleur avec un total de 57 accouchements (en partie les mêmes que cite Jetter) compliqués de tumeurs. Dans 23 cas l'issue fut mortelle, soit 40,35 0/0. Par conséquent dans tous les cas une grande mortalité à déplorer.

Passant à la question des enfants, *Jetter* arrive au résultat suivant : Sur 216 enfants 53 étaient morts et 81 vivants ; pour 61 il n'y avait aucune donnée et dans 21 cas il y avait eu fausse couche. Ces chiffres montrent que, déduction faite des cas incertains, l'issue fatale pour l'enfant n'est pas moindre que 47,74 0/0.

La prompte extirpation d'une tumeur ovarique s'impose toujours dans les cas ordinaires. Mais, dans les cas de grossesse, différentes méthodes ont été conseillées et suivies :

---

(1) Gustaf Jetter. *Ueber den Einfluss der Eierstockgeschwulste auf Conception, Schwangerschaft, Geburt und Vochenbett.* In Diss. Tubingen, 1861.

(2) W. S. Playfair. On the treatment of labour, complicated by ovarian tumour. *Obstetrical Transactions of London*, vol. IX, p. 69.

provocation d'un avortement ou accouchement prématuré, ponction du kyste, extirpation radicale. Ces différents moyens ont été préconisés par plusieurs.

On doit cependant regarder comme un moyen peu rationnel la provocation d'un accouchement prématuré pour faire ensuite l'ovariotomie, dans le but d'éviter les inconvénients et les dangers d'une tumeur de l'ovaire. Car les dangers d'un accouchement en présence d'une semblable tumeur ne sont pas, comme on l'a déjà dit, si petits, et ne seront pas diminués pour l'avoir fait avec le secours de l'art. En outre, l'enfant est sacrifié dans la plupart des cas. Nous montrerons plus loin que l'on peut parfois être pourtant obligé de recourir à ce moyen.

Un traitement direct de la tumeur, une ponction de cette tumeur ou par-dessus tout l'ovariotomie, peuvent seuls pendant la grossesse être considérés comme efficaces.

La ponction n'est pourtant pas, contrairement à ce qui est généralement admis, une opération tout à fait exempte de dangers. Avant l'emploi des antiseptiques, une dégénérescence purulente ou sanieuse du contenu du kyste ponctionné n'était pas chose extraordinaire. Depuis qu'on a commencé à sentir la nécessité de parfaitement désinfecter ses instruments et qu'on a appris à le faire, cet accident est devenu plus rare. Mais les dangers d'une ponction ne se bornent pas à cela. Il se produit assez souvent, par le trou de ponction, un écoulement du contenu du kyste dans la cavité péritonéale. Dans la plupart des cas cet écoulement est sans importance, cela dépend seulement de la nature du contenu du kyste. Si ce dernier est purulent, les suites sont au moins douteuses. Dans d'autres cas, l'issue a été mortelle par suite d'une hémorrhagie causée par une lésion, pendant la ponction, d'un grand vaisseau de la paroi abdominale ou de la paroi du kyste. Enfin, dans des cas particuliers, les intestins ou la vessie ont été lésés.

Pendant la grossesse, encore, on a vu par expérience qu'il n'est pas toujours si facile de déterminer exactement le

volume du kyste. La détermination de la tumeur par le toucher peut devenir impossible par suite du grand développement du ventre. Il est arrivé aussi plus d'une fois que l'utérus a été ponctionné par erreur. Enfin l'évacuation du contenu du kyste ne paraît pas avoir toujours pu éloigner le danger d'un accouchement prématuré. Ce fait n'a pas été si rare après la ponction de la tumeur.

Bien qu'en réalité la ponction soit assez peu dangereuse, elle ne peut être utile que dans le cas d'un kyste uniloculaire à contenu liquide ou pour l'épuisement de la plus grande partie des poches d'un kyste multiloculaire. La tumeur subsiste pourtant après la ponction et une nouvelle ponction sera peut-être nécessaire avant la fin de la grossesse. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que la ponction a été suivie d'une guérison radicale; on en trouve quelques exemples dans les publications médicales. Ainsi *J. Pippinsköld* a vidé par la ponction, au commencement d'une grossesse, un kyste qui, plusieurs années après, ne s'était pas encore rempli. Mais même dans le cas où le kyste ne se serait pas rempli après quelques années, on ne peut pourtant pas être certain qu'il ne se remplira plus. En tout cas, les exemples connus de guérison durable ou radicale ne sont pas non plus nombreux, et ils ont dû tous se rapporter à des kystes uniloculaires parovariens.

Dans ces derniers temps, on paraît s'être assez généralement abstenu de la ponction comme moyen de guérison d'un kyste soit ovarique, soit parovarien, même en cas de grossesse concomitante. Ce n'est que dans certains cas qu'on peut être obligé d'y recourir.

Par contre, l'extirpation du kyste, même pendant la grossesse, est devenue un procédé de plus en plus non seulement autorisé, mais même recommandé. Les raisons sur lesquelles on s'appuie n'ont plus à être discutées.

On s'est bien demandé si une ovariotomie pratiquée sur une femme enceinte serait plus dangereuse que sur une autre.

L'expérience a prouvé que le danger n'est pas plus grand,

comme je vais essayer de le montrer. De plus, on a beaucoup craint que l'opération ne provoquât l'accouchement. Mais, même les craintes à cet égard se sont montrées superflues, si l'on pense du moins qu'une tumeur ovarique peut déjà le provoquer par elle-même.

Le nombre des ovariotomies pratiquées pendant la grossesse n'est pas très considérable, mais il paraît aller en croissant. Ainsi, en 1877, *R. Olshausen* (1) ne pouvait en réunir que 14 cas; mais dans la dernière édition de son grand ouvrage sur les maladies des ovaires, en 1886, ce chiffre s'était élevé à 82 cas, répartis entre 44 opérateurs. Il n'y a que des opérateurs particuliers qui aient fait cette opération pendant la grossesse une ou plusieurs fois. Parmi eux nous citerons *Olshausen* (2) qui en a fait 8; *T. Spencer Wells* (3) 10; *Lawson Tait* (4) 11, et *Schroeder* (5) 12. De nouveaux cas sont certainement venus s'y ajouter.

J'ai fait moi-même l'opération 7 fois pendant la grossesse. Je vais rapporter sommairement ces 7 cas. Les quatre premiers et le septième appartiennent à ma clientèle privée; le cinquième et le sixième ont été traités par moi à l'époque où j'étais directeur de la section de gynécologie à l'hôpital public de Helsingfors.

(A suivre.)

---

(1) R. Olshausen. Die Krankheiten der Ovarien. Stuttgart, 1877, p. 108. *Billroth's Handb. d. Frauenkrankheiten.* Bd II, et Krankheiten der Ovarien *Pitha-Billroth. Handb. d. Frauenkrankheiten.* 2 Aufl. Bd 2, p. 399.

(2) *Loc. cit.*, p. 399.

(3) Spencer Wells. *Ovarian and uterine Tumour.* London, 1887.

(4) Lawson Tait. *The pathology and Treatment of diseases of the Ovaries,* 4e éd. Birmingham, 1883.

(5) Carl Schroeder. Die Laparotomie in die Schwangerschaft. *Zeitsch f. Geburtshülfe u. Gynækologie.* Bd V.

SUR LE TRAITEMENT DU PÉDICULE DANS L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE PAR LA LIGATURE ÉLASTIQUE PERDUE

Par **L.-G. Richelot**

Professeur agrégé à la Faculté. Chirurgien de l'hôpital Tenon.

Le traitement des fibromes utérins a subi, dans ces dernières années, de nombreuses vicissitudes, et nos idées sur ce point sont en pleine évolution.

L'électricité est un bon palliatif, mais qui, malgré l'enthousiasme de ses défenseurs, ne peut suffire à tous les cas. La castration ovarienne a des indications nombreuses ; elle est efficace, et, souvent — pas toujours — d'une grande simplicité. Il faut naturellement la choisir, mais à cette double condition que certaines dispositions anatomiques des fibromes ne la rendent pas illusoire, et qu'on ne soit pas guidé par la peur de l'hystérectomie, dont le pronostic est, à l'heure où nous sommes, très heureusement amélioré.

Celle-ci, en effet, n'est plus un épouvantail, et sa gravité ne dépasse pas sensiblement celle de l'ovariotomie. Voilà une proposition qui peut sembler, encore aujourd'hui, paradoxale ; pour moi, elle exprime la vérité, et j'espère contribuer à en faire la démonstration.

L'opération est cependant plus laborieuse ; les premiers temps, l'extraction de la masse hors de l'abdomen, sont assez difficiles, et peuvent l'être sérieusement. Sans doute, il y a des kystes de l'ovaire adhérents et dangereux ; mais il y en a aussi d'une simplicité parfaite, et c'est un type qui n'existe pas dans l'hystérectomie. Voilà tout, un peu plus de travail et de dextérité. Mais par où différaient essentiellement les deux opérations ? Qui faisait l'hystérectomie plus grave d'une façon générale, en dehors des complications ? Le traitement du pédicule, question résolue depuis long-

temps pour l'une, toujours douteuse et controversée pour l'autre.

Jusqu'ici, malgré le désir que nous avions d'arriver à traiter le pédicule utérin comme celui de l'ovaire et à l'abandonner pour fermer le ventre, le procédé de Schrœder et ses dérivés n'offraient pas une sécurité suffisante, et presque toujours nous fixions le pédicule à l'extérieur. Aujourd'hui, au contraire, je suis partisan résolu de la méthode intra-péritonéale, grâce au procédé de la *ligature élastique perdue.*

C'est la méthode de Kleeberg, employée çà et là par divers opérateurs, mais sur laquelle l'opinion générale est encore loin d'être fixée. Je l'ai mise en pratique, pour ma part, depuis deux ans ; mon collègue Terrillon en avait déjà obtenu de bons résultats ; tout récemment, M. Hector Treub (de Leyden) a lu à la Société gynécologique de Paris un mémoire qui vient à l'appui de nos idées. La description que je donnerai diffère de la sienne par des nuances d'importance secondaire.

La ligature élastique se fait avec un cordon plein ou un tube, tel qu'une sonde uréthrale en caoutchouc rouge. Le premier, paraît-il, a moins de résistance, parce qu'il n'est pas toujours vulcanisé jusqu'au centre.

L'utérus muni de ses fibromes étant sorti de la plaie, on jette le lien élastique autour du segment inférieur, au-dessous des ovaires, en prenant le bord supérieur du ligament large ; on l'étire fortement, on croise les deux chefs en avant, on les fixe au moyen d'un clamp. L'hémostase étant assurée, c'est le moment d'enlever la masse fibreuse par quelques coups de bistouri ; j'ai l'habitude de couper d'abord à une certaine distance de la ligature pour me débarrasser rapidement de la tumeur, puis, le moignon étant saisi avec des pinces-érignes, je le façonne tout à mon aise. La ligature est serrée davantage s'il le faut, les chefs sont unis solidement par un fil de soie, le clamp est enlevé. J'excise les dernières portions de fibromes qui généralement n'envahissent pas le segment inférieur ; de telle sorte que la section défini-

tive, pratiquée à une petite distance du lien élastique, montre le tissu du col et au centre la muqueuse utérine.

On a dit que ce traitement ne pouvait convenir qu'aux pédicules minces. Mais si, par hasard, le fibrome descend jusque dans le segment inférieur, il me semble qu'on peut toujours l'énucléer, pour évider le pédicule et l'amincir. J'ai toujours pu jusqu'à présent réduire le volume du moignon et obtenir, en fin de compte, une section de petit diamètre ; une seule fois, il avait 6 centimètres dans tous les sens.

Un point essentiel, c'est de ne pas saisir la vessie avec le lien élastique, car elle adhère au segment inférieur et monte avec l'utérus quand on l'attire au dehors. Une sonde, introduite par le méat, permet de reconnaître sa limite supérieure. Le lien peut être placé tout près d'elle sans la gêner ; s'il tend à glisser sur elle, on peut la décoller en incisant un peu le revêtement péritonéal, ce qui n'a pas d'inconvénient.

Une fois, j'ai vu le bord supérieur du ligament large s'échapper de dessous la ligature, et la section des vaisseaux ovariens donner du sang ; aussi ai-je coutume de passer à droite et à gauche, à travers le pédicule, un fil de soie plate qui pénètre obliquement sous la ligature pour sortir au-dessus et fixer le bord supérieur du ligament large. D'autres coupent ce ligament et le serrent dans un fil avant de placer le cordon élastique.

La surface de section exige un traitement particulier. Il faut détruire le bout de muqueuse utérine qui dépasse la ligature, et dont la sécrétion pourrait infecter le péritoine ; il suffit d'y plonger deux ou trois fois la pointe du thermocautère. Dans un cas, n'ayant pas l'instrument sous la main, j'ai enlevé la muqueuse au bistouri et touché la place avec la solution phéniquée forte ; une autre fois, j'ai enlevé à la curette et au bistouri une couche de fibrome ramolli qui occupait le centre du moignon. Ensuite, je passe le couteau rougi sur la tranche utérine ; je ne crois pas utile de la saupoudrer d'iodoforme.

Abandonné à lui-même, le pédicule retombe dans la cavité

pelvienne. Reste à faire la toilette du péritoine, et, comme dernière précaution, à disposer l'intestin de manière qu'une anse ne soit pas prise et comprimée derrière le moignon. Après avoir étalé l'épiploon, je l'amène jusque sur la tranche utérine, qu'il sépare de la masse intestinale.

Que devient la ligature élastique perdue ? Ordinairement elle s'enkyste ; elle s'élimine quelquefois *par le museau de tanche*. Une de mes malades l'a rendue après un an, une autre au bout de 5 mois. Cela tient sans doute à ce qu'elle coupe entièrement la paroi utérine ; tandis que des adhérences se font à l'extérieur et limitent le foyer, elle se trouve libre dans la cavité cervicale qui n'est pas aseptique, et sort en fin de compte avec la suppuration.

Je ferai maintenant une revue rapide des observations que j'ai recueillies depuis deux ans, soit à l'hôpital Tenon, soit en ville. Et d'abord, une série de 13 cas heureux. Dans les trois premiers, il n'est pas question de ligature élastique perdue ; si j'en parle néanmoins, c'est qu'il est utile de les comparer aux autres.

Chez les deux premières malades, j'ai fixé le pédicule à la paroi abdominale avec des broches, comme j'en avais antérieurement l'habitude. Toutes deux ont eu de la fièvre ; l'une a éliminé lentement son pédicule, l'autre a eu un sphacèle rapide avec suppuration abondante et accidents assez graves pendant quelques jours. Chez la troisième, fibrome volumineux inclus dans un ligament large, opération laborieuse, pédicule utérin lié avec trois fils de soie et fixé à la lèvre gauche de la plaie abdominale ; en somme, ligature perdue et traitement intrapéritonéal. Les fils de soie pouvaient convenir ici, parce que j'avais un pédicule très mince ; encore n'osai-je pas l'abandonner complètement. Mais le premier pas était fait ; à dater de ce jour, j'ai adopté franchement la méthode intrapéritonéale.

Dans les 10 faits suivants, j'arrive bientôt, après quelques tâtonnements, à un manuel opératoire entièrement conforme à la description générale que j'ai donnée plus haut. Les cas

varient, plusieurs sont laborieux, trois au moins présentent les plus grandes difficultés de la chirurgie abdominale : adhérences étendues à l'intestin grêle, trompes énormes, enclavement et adhérences dans le petit bassin Une malade a un gros kyste intra-ligamenteux, collé à l'utérus. Chez une autre, un kyste ovarique anciennement rompu adhère si bien par toute sa surface, non seulement à l'utérus, mais à l'intestin et aux profondeurs pelviennes, que j'hésite un instant à poursuivre l'énucléation ; pour un cas de ce genre, il y a quelques années, nous aurions fait certainement « l'ovariotomie incomplète ». Et cependant, chez toutes ces malades, un fait m'a frappé : c'est la facilité de la guérison. Elles n'ont pas semblé courir de véritables dangers, elles ont esquivé les longueurs et les ennuis de l'élimination du pédicule, de la suppuration, du cratère que forme la cicatrice ; leur situation s'est dénouée plus vite qu'après l'application de la méthode extrapéritonéale. Enkystée ou éliminée après quelques mois, la ligature élastique ne crée pas de nouveaux périls ; elle tient solidement, elle est d'une efficacité absolue contre l'hémorrhagie, elle est à la fois le plus simple et le plus sûr des traitements intrapéritonéaux.

Étudions maintenant trois cas de mort qui viennent faire ombre au tableau, mais dont l'analyse confirme, plutôt qu'elle ne l'affaiblit, la conclusion précédente. Il serait d'une parfaite injustice de considérer les 16 faits que j'ai recueillis depuis deux ans comme une statistique dans laquelle l'emploi d'une certaine méthode m'a donné 3 échecs.

Je trouve d'abord que le premier n'a pas les caractères d'un insuccès opératoire. La malade portait un énorme kyste ovarique multiloculaire, un utérus bourré de fibromes et gros comme une tête d'adulte, le tout pesant vingt kilogrammes. Opérée dans un état de cachexie profonde qui donnait tout à craindre, elle a bien été pendant deux semaines, puis, sans fièvre, sans nul accident lié directement à l'intervention, elle a continué de s'affaiblir, de ne pouvoir s'alimenter, et finalement a succombé le quarantième jour, quand la période

chirurgicale, pour ainsi dire, était passée. Il faut bien nous attendre à faire des opérations qui ne réussissent pas, quand nous intervenons trop tard chez des femmes épuisées. Il s'agit, en ce moment, de comparer la gravité de l'hystérectomie à celle d'une opération dont personne ne conteste la valeur, l'ovariotomie. Or, dans les conditions où cette malade se trouvait, l'ablation d'un kyste ovarien n'offre pas de meilleures chances que celle d'un fibrome. La malade avait, d'ailleurs, l'un et l'autre.

Dans le second cas, après une opération très difficile, tout marche bien pendant trois jours, puis la malade succombe, le cinquième jour, à une occlusion intestinale, sans douleur vive et sans fièvre. On trouve un léger degré de péritonite adhésive, localisée à la fin de l'intestin grêle ; par malheur, une anse agglutinée aux autres est coudée brusquement ; au-dessus, l'intestin est distendu par les matières et les gaz, au-dessous il est vide et rétracté. Je me suis repenti de n'avoir pas fait une laparotomie secondaire. Il s'agit là d'un accident rare, mais il peut survenir après toute opération laborieuse ; il ne faut donc mettre en cause ni l'hystérectomie ni le traitement du pédicule. Celui-ci, pas plus que dans l'observation précédente, n'a suscité le moindre danger.

Dans le troisième cas, fibrome volumineux, douleurs excessives liées à des complications anatomiques de toutes sortes, hypertrophie des annexes, adhérences pelviennes et intestinales. La malade avait maigri et perdu de ses forces depuis trois ans, et déjà, à cette époque, un chirurgien de Paris n'avait pas osé l'opérer. Néanmoins, il n'y avait pas de contre-indication positive, l'opération a très bien marché, et il a fallu, pour me faire manquer le but, une congestion pulmonaire expliquée, jusqu'à un certain point, par les antécédents. Là encore, j'ai joué de malheur.

En résumé, j'ai fait trois opérations graves, parce qu'il y aura toujours, en chirurgie abdominale, des opérations graves. Il y aura toujours des malades qui nous consulteront tardivement, des dispositions anatomiques imprévues, des

systèmes nerveux frappés de déchéance. Les chirurgiens les plus heureux ne sont pas toujours ceux qui esquivent les responsabilités, mais les statistiques vierges sont celles dont le hasard ou une volonté prévoyante a éloigné les cas trop dangereux.

Ce qui importe, en examinant mes 13 cas heureux, c'est de constater la bonne tenue du pédicule, la sécurité que donne la ligature élastique perdue, la facilité de la guérison. Ce qui importe, en examinant les 3 échecs, c'est de reconnaître que l'insuccès tient à des circonstances d'ordre général, et non pas à une gravité particulière de l'hystérectomie ou de la méthode suivie dans le traitement du pédicule. Cette analyse étant faite, je ne suis pas loin d'avoir démontré ce que j'avançais tout d'abord, à savoir que le pronostic de l'hystérectomie abdominale — sauf un peu plus de labeur, et par suite quelques aléas — ne diffère pas sensiblement du pronostic de l'ovariotomie.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TOXICITÉ DE L'URINE PENDANT LA GROSSESSE

Par MM. les Drs **Laulanié**, directeur de l'École vétérinaire de Toulouse, et **Chambrelent**, chargé du cours de clinique obstétricale à l'École de médecine de Toulouse (1).

Depuis les travaux du professeur Bouchard sur la toxicité de l'urine dans l'état physiologique et sa variation de toxicité dans les divers états pathologiques, la pathogénie des accidents dits urémiques a été éclairée d'un jour nouveau. Les accoucheurs eux-mêmes n'ont pas tardé à appliquer ces données à la pathogénie d'une affection qu'ils observent souvent, l'Éclampsie, mais aucun d'eux, du moins à notre connaissance, n'a cherché à se rendre compte *expérimentalement* de l'influence que pouvait avoir la grossesse sur le degré de toxicité de l'urine. On comprend cependant l'importance que peut avoir cette donnée, puisque le rein est le principal

(1) Voir *Bull. Acad. méd.*, séance du 8 juillet 1890.

émonctoire de l'organisme et que, selon que son fonctionnement sera plus ou moins imparfait, il y aura accumulation plus ou moins considérable de matériaux toxiques dans l'organisme, et par conséquent menace plus ou moins immédiate d'accidents d'intoxication.

La fréquence des accidents éclamptiques dans l'état puerpéral permettait bien de supposer à priori qu'il devait y avoir accumulation de matières toxiques dans l'organisme de la femme enceinte; mais cette accumulation pouvait être due soit à leur formation plus abondante par le fait même de la grossesse, soit à leur défaut d'élimination.

Il était donc important d'être fixé à ce sujet sur le rôle joué pendant la grossesse par l'émonctoire principal, le rein.

C'est dans le but d'élucider cette question, que nous avons entrepris à la clinique obstétricale de l'École de médecine de Toulouse et au laboratoire de physiologie de l'École vétérinaire de la même ville, une série d'expériences destinées à fixer le degré de toxicité de l'urine pendant les derniers mois de la grossesse.

Avant de rapporter en détail ces expériences et les conclusions que nous avons cru devoir en tirer, nous devons rappeler les résultats obtenus par le professeur Bouchard, au sujet de la toxicité de l'urine dans l'état physiologique.

Les faits avancés par ce maître ont été tellement bien étudiés que nous n'avons pas cru devoir les contrôler, et que nous les avons immédiatement admis comme point de repère de nos expériences.

La toxicité *moyenne* de l'urine des 24 heures dans l'état physiologique est, d'après M. Bouchard, de 45 *centim. cubes par kilogramme d'animal*, c'est-à-dire qu'il faut en moyenne injecter à un lapin 45 centim. cubes d'urine d'un sujet sain, par kilogramme d'animal pour amener la mort de ce lapin.

Cependant, même dans l'état purement physiologique, il existe des écarts assez marqués suivant les sujets pour que

Bouchard ait cru devoir admettre 30 *centim. cubes* comme limite inférieure et 60 *centim. cubes* comme limite supérieure de la quantité d'urine nécessaire pour tuer un kilogramme d'animal.

Le manuel opératoire que nous avons suivi dans nos expériences, est le même que celui indiqué par Bouchard : Injection de l'urine en nature par la veine auriculaire de l'animal, en ayant soin de prélever l'échantillon d'urine injectée sur la totalité des urines des 24 heures, la toxicité pouvant varier suivant l'état de veille ou de sommeil du sujet.

Le moindre état pathologique pouvant faire varier le degré de toxicité de l'urine, nous avons eu soin de n'expérimenter que sur l'urine de femmes enceintes dont la grossesse avait paru absolument physiologique, et qui ne présentaient, au moment où nous avons expérimenté sur leur urine, aucun état pathologique compliquant la grossesse.

Enfin, sauf l'une de nos expériences (Exp. n° 3) où l'on avait constaté quelques jours auparavant la présence d'une certaine quantité d'albumine dans l'urine, nous avons toujours employé de l'urine n'offrant que des caractères chimiques normaux.

Les difficultés d'expérimentation, résultant justement de la quantité souvent considérable d'urine que nous étions obligés d'injecter pour arriver à produire l'intoxication, ne nous ont permis de faire qu'un nombre relativement restreint d'expériences complètes. Toutefois le sens des résultats que nous ont donnés ces expériences est tellement constant que nous n'avons pas cru devoir attendre plus longtemps pour en publier le résultat.

EXPÉRIENCES

Exp. I (30 mai 1890). — On injecte à un lapin pesant 1800 grammes, par la veine de l'oreille, l'urine d'une femme arrivée au terme d'une grossesse absolument physiologique.

L'injection de 5 cent. cubes de cette urine détermine un commencement de myosis.

30 cent. cubes déterminent l'augmentation du myosis, sans autres phénomènes.

On peut aller ainsi jusqu'à 100 cent. cubes, moment auquel on arrête l'expérience. L'animal présente à ce moment seulement un peu de parésie, et se remet au bout de quelques instants.

Cette première expérience nous montre donc qu'on a pu injecter, sans produire de phénomènes toxiques très marqués, 100 centim. cubes d'urine d'une femme enceinte à un lapin de 1800 grammes, soit 55 *centim. cubes 1/2 pour un kilogramme d'animal.*

En comparant ce résultat à ceux obtenus par Bouchard pour l'urine normale, on trouve que la toxicité de cette urine est moindre que la moyenne de 45 centim. cubes adoptée par cet auteur, mais rentre cependant dans les limites extrêmes de 30 centim. cubes et 60 centim. cubes qu'il a fixées.

En un mot l'urine dont nous nous sommes servis paraissait peu toxique, mais sans cependant qu'il soit démontré que sa toxicité sortît des limites extrêmes de la toxicité de l'urine normale.

Exp. II (1er juin 1890). — On injecte à un lapin pesant 2 kilogr., par la veine de l'oreille, l'urine d'une femme arrivée au huitième mois de sa grossesse. Cette grossesse était absolument physiologique. La quantité d'urine rendue par cette femme en 24 heures s'était élevée à 1575 grammes.

Après l'injection de 45 cent. cubes on constate une légère contraction pupillaire.

Après l'injection de 120 cent. cubes, le myosis est devenu punctiforme, mais on ne constate encore aucun autre phénomène d'intoxication.

Après l'injection de 150 cent. cubes, léger degré de parésie.

On peut ainsi arriver à injecter 250 *cent. cubes* d'urine sans tuer l'animal. A ce moment on arrête l'expérience qui ne peut plus rien prouver puisqu'à cette dose énorme l'eau pure elle-même est toxique (Bouchard).

Cette expérience nous paraît des plus intéressantes ; elle

prouve, en effet, qu'il y avait chez la femme qui en fait le sujet, et sous la seule influence de l'état de gravidité, une rétention presque absolue des matières toxiques dans l'organisme, puisque son urine n'était pas toxique à $\frac{250}{2}$ = 125 *centim. cubes par kilog. d'animal*, c'est-à-dire moins toxique que l'eau ordinaire qui tue à 122 centim. cubes (Bouchard).

Exp. III (7 juin 1890). — On injecte, dans la veine auriculaire d'un lapin pesant 1500 grammes, l'urine d'une femme enceinte arrivée à 8 mois 1/2 de grossesse. La quantité d'urine émise par cette femme en 24 heures était de 1780 grammes. Ces urines contenaient quelques jours auparavant une certaine quantité d'albumine, mais, la femme ayant été soumise au régime lacté, l'albumine avait presque totalement disparu au moment de l'expérience.

On peut arriver à injecter à ce lapin 225 cent. cubes de cette urine, et c'est seulement à cette dose que l'animal succombe. Étant donné que son poids était de 1500 grammes, on voit que cette urine n'était toxique qu'à la dose de : $\frac{225}{1,5}$ =150 *cent. cubes par kilogr. d'animal.* C'est encore, comme on le voit, sensiblement inférieur à la toxicité de l'eau qui est de 122 cent. cubes.

On peut donc encore dire que la toxicité de cette urine était à peu près nulle. On peut il est vrai, dans cette expérience, invoquer que cette femme était soumise au régime lacté depuis quelques jours et que, par conséquent, la fabrication de matières toxiques devait être moindre. Mais nous ne croyons pas que le régime lacté seul puisse expliquer cette diminution si marquée de la toxicité et nous pensons qu'une large part en revient à la grossesse, dont l'influence sur l'appareil rénal avait du reste été assez manifeste pour amener à un moment donné, l'apparition de l'albumine dans l'urine.

Exp. IV (10 juin 1890). — Injection dans la veine de l'oreille d'un lapin, pesant 1800 grammes, de l'urine d'une femme arrivée au terme de sa grossesse. La grossesse était absolument physiolo-

gique. Les urines ne présentaient à l'examen aucun caractère spécial.

Après injection de 30 centim. cubes on constate l'apparition du myosis. Après injection de 80 centim. cubes la pupille est devenue absolument punctiforme, mais on ne constate encore aucun phénomène général.

On continue ainsi l'injection jusqu'à la dose de 180 centim. cubes. A ce moment on est obligé d'arrêter l'expérience, la veine par laquelle se faisait l'injection s'étant rompue. L'animal ne présentait aucun phénomène d'intoxication sauf la contracture pupillaire. La quantité d'urine injectée avait été de $\frac{180}{1,8} = 100$ *centim. cubes par kilogr. d'animal.*

Le degré de toxicité de cette urine était donc bien inférieur à celui de l'urine normale, puisqu'à cette dose de 100 centim. cubes, elle n'avait pas encore provoqué l'empoisonnement.

Exp. V (10 juin 1890). — On injecte à un lapin, pesant 2700 gr., l'urine d'une femme enceinte arrivée au terme de sa grossesse. La quantité d'urine rendue par cette femme en 24 heures était de 1885 grammes. La grossesse était absolument physiologique et les urines paraissaient normales.

Après injection de 30 cent. cubes commencement, de myosis.

A 50 cent. cubes, myosis punctiforme.

A 120 cent. cubes, exorbitisme.

A 161 cent. cubes l'animal présente des convulsions suivies de paralysie et bientôt après de la mort.

Dans cette expérience il a donc fallu $\frac{161}{2,7} = 69$ *cent. cubes* d'urine pour amener la mort.

La toxicité de cette urine se rapprochait, comme on le voit, de la toxicité normale comprise entre 30 cent. cubes et 60 cent. cubes par kilogr. d'animal, mais atteignait seulement le degré extrême de la faible toxicité dans l'état physiologique.

Exp. VI (14 juin 1890). — Injection dans la veine de l'oreille d'un lapin, pesant 2 kilogr., de l'urine d'une femme arrivée au terme

de sa grossesse. La grossesse n'a présenté aucun phénomène particulier, si ce n'est de la diarrhée pendant les premiers mois. Les urines sont normales. La quantité émise pendant 24 heures s'est élevée à 1410 gr.

Après injection de 30 cent. cubes on constate du myosis.

Après 60 cent. cubes le myosis est devenu punctiforme.

Après 90 cent. cubes, exorbitisme.

Après 120 cent. cubes pas de phénomènes généraux, la respiration est seulement devenue bruyante.

Après 150 cent. cubes, l'animal a une convulsion.

Après 190 cent. cubes, état tétanique et mort de l'animal.

Son poids étant de 2 kilogrammes il a donc fallu injecter, $\frac{190}{2} = 95$ *cent. cubes* de cette urine *par kilog. d'animal* pour amener la mort. C'est donc encore là une urine dont le degré de toxicité s'éloigne très manifestement de la toxicité normale.

CONCLUSIONS

En résumé, nous avons pu expérimenter six fois la toxicité de l'urine des femmes dans les derniers mois de la grossesse et nos expériences nous ont constamment indiqué un degré de toxicité inférieur au degré moyen de toxicité de l'urine tel qu'il a été fixé par Bouchard (45 cent. cubes par kilogr. d'animal).

Deux fois seulement le degré de toxicité est rentré dans les limites extrêmes admises par cet auteur pour l'état physiologique (30 cent. cubes et 60 cent. cubes).

Encore, dans nos expériences, le degré de toxicité se rapprochait-il absolument de la limite extrême de la faible toxicité (Exp. I, 55 cent. cubes) (Exp. II, 59 cent. cubes).

Enfin, dans les quatre autres expériences, toujours le degré de toxicité que nous avons trouvé était *inférieur* à la limite extrême de l'état physiologique. Et dans deux cas ce degré de toxicité était tellement faible (Exp. II, 125 cent. cubes, Exp. III, 150 cent. cubes) qu'il était inférieur à celui de l'eau pure.

Nous croyons donc, en attendant de pouvoir multiplier et

varier nos expériences, pouvoir déjà avancer que *sous l'influence de la grossesse le degré de toxicité de l'urine est manifestement diminué*, et, comme conséquence, *que l'organisme de la femme enceinte à la fin de la grossesse doit être plus ou moins saturé de matières toxiques.*

DE LA TOXICITÉ URINAIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET CHEZ LA FEMME RÉCEMMENT ACCOUCHÉE

Par le Dr **Émile Blanc**, ancien chef de clinique obstétricale à la faculté de médecine de Lyon.

Il est intéressant de savoir comment se comporte la femme enceinte au point de vue de la toxicité de ses urines, et de rechercher le genre d'influence exercé par la grossesse sur cette toxicité. En effet, à l'attention que suscite la vérité scientifique pure, se rattache une question obstétricale non résolue encore, nous voulons parler de la pathogénie de l'éclampsie.

Dans un travail de 1889, Rivière (de Bordeaux), guidé sur les idées et expériences de Bouchard, a développé une théorie de l'éclampsie, qui fait dépendre la production des accidents qui surviennent en pareil cas, d'une auto-intoxication de la femme enceinte. Cette intoxication serait due soit à une formation de matières toxiques plus grande dans la grossesse qu'à l'état normal, soit peut-être à ce fait que l'élimination de ces mêmes matières est rendue plus difficile par les modifications qu'imprime la gravidité aux différents organes, et particulièrement au foie et aux reins.

A l'effet de contrôler la première hypothèse, c'est-à-dire la *formation* d'une plus grande quantité de substances toxiques (formation qui, à l'état normal, suppose évidemment une *élimination* proportionnelle *par les divers émonctoires* et surtout par les reins), nous avons pratiqué, sur les instigations de notre maître, M. le professeur Fochier, des

injections intra-veineuses chez le lapin, avec de l'urine recueillie *aux derniers mois de la grossesse.*

Dans le but d'obtenir un écoulement de liquide régulier, et dans celui aussi d'éviter toute modification brusque de la pression sanguine, nous nous sommes servi d'un appareil un peu spécial, consistant en une tige graduée par cent. cubes, identique à celle qui sert à doser l'urée avec l'hypobromite de soude, et en un tube de caoutchouc reliant la tige à une canule de Pravaz de volume suffisant. L'appareil, bien expurgé d'air, était disposé de façon à donner une pression de 50 c.c. Nous obtenions ainsi un écoulement d'urine que nous pouvions régler à volonté, et qui était en moyenne de 45 à 50 c.c. par 5 minutes. Le choix de la veine saphène que recommande Favelier (thèse de Lyon, 1887. *Toxicité des urines chez les enfants*), nous a paru beaucoup moins avantageux et beaucoup moins commode, que le procédé ordinaire de la veine marginale de l'oreille.

Ajoutons que nous n'avons utilisé que des urines normales, non albuminuriques, neutralisées avec une solution de soude de densité connue, et que nous chauffions à 36° ou 37°.

Nous avons pratiqué avec de l'urine provenant *de femmes arrivées aux deux derniers mois de la grossesse*, 15 expériences, dont deux sont à rejeter, soit parce que le liquide était passé en partie dans le tissu cellulaire de la base de l'oreille, soit parce que l'animal avait subi auparavant une inoculation microbienne. Restent donc 13 expériences régulièrement conduites, pour lesquelles nous avons utilisé une quantité d'urine variant de 100 c.c. à 350 c.c. Nous avons obtenu de cette façon une *toxicité moyenne de* 76 *c. c. par kil. d'animal.*

Cette toxicité, relativement faible, peu différente de la moyenne donnée par Favelier chez les enfants (70 c.c.), s'explique par certaines conditions d'expérimentation (injection sous pression faible et régulière), et surtout par la manière de vivre des femmes enceintes, gardées dans une clinique

obstétricale jusqu'au moment de l'accouchement. Leur travail musculaire est à peu près nul, leur régime sobre, leur souci du lendemain très limité, etc... Aussi n'est-il pas étonnant que chez elles, la production des matières toxiques soit réduite au minimum.

Cependant, l'écart entre cette moyenne et la moyenne donnée par Bouchard à l'état normal, est assez grand (76 c.c. au lieu de 45 c.c.; coefficient urotoxique 0,25 au lieu de 0,4) pour qu'on soit autorisé à conclure : *que la femme enceinte, dans les conditions ordinaires de la santé, ne fait pas et n'élimine pas plus de matières toxiques que tout autre sujet.*

Nous avons recherché en outre, *la toxicité urinaire des femmes récemment accouchées* (dans les cinq premiers jours qui suivent la parturition), et pour cela effectué 9 expériences, dont une est à éliminer par suite de certaines irrégularités d'expérimentation. La quantité d'urine injectée à chaque animal, a varié de 50 à 312 c.c. Nous avons obtenu ainsi une moyenne de 50 *c.c. par kil. d'animal.* Mais ce chiffre n'est pas l'expression exacte de la vérité, car, après l'accouchement, il y a une polyurie physiologique qui élève facilement la quantité d'urines rendue en 24 h. à 2,000 grammes. De ce chef le chiffre moyen de la toxicité doit être élevé à 42 c.c., soit comme coefficient urotoxique 0,46, c'est-à-dire un peu au delà du chiffre normal. Il devient presque le double de ce qu'il était durant la grossesse.

On pourrait interpréter cet accroissement de la toxicité urinaire dans les premiers jours des couches, par une élimination incomplète des matières excrémentitielles chez la femme gravide. Mais, nous l'avons dit, nous ne nous sommes servi que d'urines normales, provenant de sujets en état de santé très satisfaisant. De plus nous avons injecté, à trois reprises, des urines *recueillies au 5ᵉ jour des couches*, et obtenu dans les deux premiers cas la *mort de l'animal avec* 90 *c.c. par kil.* Dans le 3ᵉ cas, qui est précisément celui que nous avons éliminé de cette série d'expériences, l'animal après avoir reçu

190 c.c. par kil. de son poids, resta quelque temps dans le coma puis finit par se remettre ; mais l'injection marcha irrégulièrement, forma boule d'œdème à la base d'une oreille, et dut être poussée dans l'oreille opposée ; elle nécessita ainsi un temps assez long, bien près d'une heure, et atteignit le chiffre total de 475 c. c. Le lapin assez vigoureux, pesait 2 k. 500.

Une démonstration plus complète de l'inexactitude de la théorie peu vraisemblable, *d'une intoxication par rétention dans des conditions de santé ordinaires*, serait peut-être réalisée par la répétition des expériences avec les urines de ces mêmes femmes, placées dans des *conditions identiques*, un certain temps après leur accouchement, un mois par exemple.

Mais nous considérons cette démonstration, déjà bien difficile, comme superflue, car la toxicité urinaire des premiers jours des couches s'explique suffisamment par les modifications de l'état général de la femme ; elle est en rapport avec la superélimination des produits d'oxydation qui s'effectue par les divers émonctoires chez la nouvelle accouchée, superélimination que prouve la diminution marquée du poids du corps (recherches de Gessner et de Hecker).

Nous avons injecté des urines de femme enceinte à une lapine pleine, dans le but de rechercher l'influence que pouvait avoir en ce cas, la gravidité sur le degré de résistance de l'animal. Sa mort est survenue à 70 c.c. par kilogr. La différence entre cette toxicité et celle de notre première série d'expériences est donc minime.

DE LA PÉRINÉORRHAPHIE A LAMBEAUX

Par **Fancourt Barnes**, M. D., M. R. C. P.

Il y a actuellement plus de cinq ans que j'ai eu recours pour la première fois à la méthode de restauration du périnée, dite *périnéorrhaphie à lambeaux*. Avant d'avoir eu l'oc-

casion de voir M. Lawson Tait réparer deux déchirures du périnée par la méthode à lambeaux, j'opérais comme les autres chirurgiens en avivant par la dissection de la muqueuse les surfaces que j'avais l'intention de réunir. Je fus d'emblée frappé de la simplicité et de la beauté de l'opération à lambeaux. Il est difficile de décrire les divers temps de l'opération; pour bien l'apprécier, il faut la voir pratiquer.

Le *modus faciendi* est le suivant : Lorsque la déchirure comprend le sphincter et va jusqu'à l'intestin, on doit faire une incision en H dont les deux branches inférieures soient plus courtes que les supérieures.

Pour ce faire :

1° On fend la cloison recto-vaginale et on la dédouble; on trace ainsi la branche transverse *a* de la lettre H (voir fig. 1).

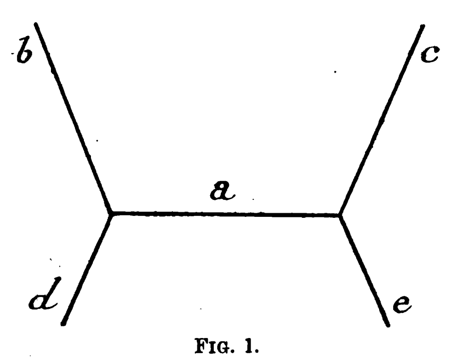


FIG. 1.

2° On incise ensuite de chaque côté de la vulve, suivant une ligne qui répond à l'union de la muqueuse vaginale et de l'épiderme vulvaire; ces incisions sont représentées sur le diagramme par les figures *b* et *c*.

3° Les quatrième et cinquième incisions *d* et *e*, constituant les branches inférieures de la lettre H, descendent de chaque côté sur les parties latérales de l'anus, partant des extrémités de l'incision transverse et se dirigeant en arrière et un peu obliquement en dehors. Le lambeau inférieur est replié en dedans et maintenu jusqu'à ce que la première suture ait

était passée de l'extrémité de la ligne *e*, le long du bord de la cloison jusqu'à l'extrémité de la ligne *d*. Il suffit ordinairement de cinq sutures pour fermer la plaie.

La rapidité avec laquelle cette opération se fait plaide en sa faveur. Alors même qu'on intervient pour une rupture complète intéressant le sphincter, elle ne dépasse que rarement 6 minutes.

Le fil d'argent me semble le meilleur pour les sutures ; il irrite et suppure moins que tout autre. On entretient la liberté des garde-robes à l'aide de laxatifs donnés chaque jour à partir de l'opération.

Les figures 2 et 3 représentent les ciseaux et l'aiguille dont je me sers.



FIG. 2. FIG. 3.

On peut voir par la description qui précède que dans la méthode à lambeaux on n'enlève aucune parcelle de tissus ; par suite, si la réunion manque la malade se trouve dans des conditions aussi bonnes qu'auparavant pour subir une

nouvelle opération. L'ancienne méthode, qui consistait à aviver en enlevant la muqueuse vaginale, est antiscientifique, la malade perdant à chaque insuccès opératoire une partie de son vagin, si bien que dans quelques cas j'ai vu disparaître toute la paroi postérieure de ce canal. Dans plusieurs de ces cas, j'ai pu rétablir le périnée grâce à la méthode à lambeaux ; et cependant dans quelques-uns d'entre eux, on avait enlevé tant de tissus que toute tentative opératoire par les procédés anciens eût été impossible. Un des avantages pratiques de l'opération à lambeaux est que rien ne s'oppose à ce qu'on la répète après chaque accouchement, si le périnée est déchiré à nouveau. Aucun tissu n'étant enlevé, les parties ne sont nullement modifiées par les opérations successives.

Sir Spencer Wells m'a fait l'honneur d'assister à deux de mes périnéorrhaphies à lambeaux. Il me disait qu'il y avait là un perfectionnement considérable sur les vieilles méthodes, mais qu'il était surtout frappé du mode d'application des sutures. Je suis convaincu que ceux, qui n'ont vu que les résultats de ces vieilles méthodes, hésitent à conseiller la périnéorrhaphie lors de déchirures du périnée, parce qu'ils savent qu'il est toujours possible de mettre le malade dans une plus mauvaise situation après l'opération qu'avant. On n'a pas ces craintes quand on pratique l'opération à lambeaux.

On peut avoir une idée assez juste des différents temps de celle-ci en regardant les dessins 4, 5 et 6 faits par mon ami le professeur Vulliet de Genève, après qu'il eût assisté à une de mes opérations.

Obs. I. — 24 février 1885. R. H..., 20 ans, mariée depuis deux ans. Deux enfants. Dernière grossesse, 26 octobre 1884.

Antécédents pathologiques. — Déchirure à son premier accouchement, lequel avait nécessité l'emploi d'instruments.

Matières fécales retenues quand elles étaient solides, mais, garde-robes souvent involontaires lorsqu'elles étaient liquides. Leucorrhée.

État actuel. — Absence complète du corps du périnée, qui avait été frappé de gangrène. Déchirure intéressant le sphincter.

12 mars. *Opération : éther.* — Restauration du périnée suivant le procédé ordinaire.

Le 18. Apparition des menstrues.

Le 22. Cessation des menstrues.



Fig. 4.

Le 23. Enlèvement de toutes les quatre sutures.

Le 24. Garde-robes spontanées la veille. Quelques douleurs.

8 avril. Succès opératoire complet. Périnée solide, et récupération des fonctions du sphincter.

Obs. II. — 17 mars 1885. S. W..., 44 ans. Mariée depuis 20 ans. Santé générale bonne, pas de bronchite.

19 mars. *Opération : éther.* — Constatation d'une déchirure du périnée, intéressant le sphincter. Restauration suivant le procédé ordinaire.

Le 23. Douleurs assez accusées, siégeant autour du rectum, ayant nécessité l'emploi de la morphine. Dans la matinée, amélioration.

Le 26. Garde-robes dans la matinée.

Le 28. Enlèvement de toutes les sutures.

Le 30. Pas de douleurs, purgation dans la soirée.

Le 31. Légère perte de sang, au moment des garde-robes.

2 avril. Garde-robes non douloureuses dans la matinée.

Le 6. Apparition des menstrues.

Le 7. Sensation de mieux-être. Réunion bonne ; mais périnée peu long. Restauration complète de la fonction du sphincter.

Obs. III. — 15 janvier 1886, M. D..., 25 ans, mariée depuis 5 ans. Trois enfants. Dernière grossesse, il y a environ 18 mois. Il y a environ 4 ans, à l'occasion du premier accouchement, le périnée fut déchiré et réparé immédiatement avec résultat heureux Au second accouchement, survenu un an après, nouvelle déchirure du périnée, mais qui ne fut pas traitée. Depuis cette époque, d'après la malade, les malaises consécutifs seraient toujours allés en s'accusant. Garde-robes régulières, mais sans que la malade pût le moins du monde retenir les selles ; déchirure du périnée intéressant le sphincter. Utérus volumineux et dur, col déchiré.

19 janvier. Périnée réparé d'après le procédé de l'incision en H. Spencer Wells, qui m'avait déjà vu pratiquer cette méthode opératoire, était présent ainsi que le professeur Nicolaisen.

Le 29. Il semble que la cicatrisation se soit très bien faite.

15 février. Périnée ferme, anus quelque peu béant ; mais la malade ne jouit pas d'une action de contrôle complète sur les garde-robes.

Obs. IV. — 27 septembre. M. A. L..., 22 ans, non mariée. Un enfant. Dernière grossesse il y a deux ans environ.

Son premier et unique accouchement avait duré 14 heures et avait nécessité l'emploi d'instruments. Elle était restée au lit 3 semaines,et avait beaucoup souffert de faiblesse. Il y a 3 mois environ, elle avait commencé à ressentir une série de malaises : sensations de pesanteur, de brûlure dans la région du dos, aucun pouvoir de contention sur l'intestin, envies fréquentes d'uriner, sensations

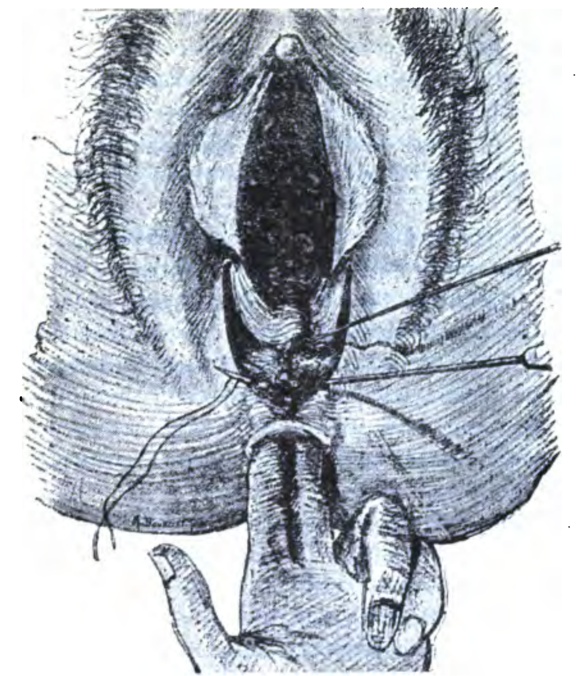


FIG. 5.



FIG. 6

de brûlure en urinant et, de temps à autre, urines troubles. Elle remarqua bientôt que quelque chose « descendait » à travers l'orifice vulvaire. D'autre part, tous les malaises précités allaient en s'exagérant.

Déchirure du périnée intéressant le sphincter anal.

18 octobre. Après éthérisation de la malade, périnéorraphie à lambeaux.

Le 17. Enlèvement des sutures, bonne cicatrisation du périnée, restauration complète de la fonction du sphincter.

Obs. V. — 18 octobre 1886. S. B..., 25 ans, mariée depuis 14 ans. Deux enfants. Dernier accouchement, il y a environ 3 semaines. Après sa première grossesse, il y a environ 13 ans, la malade remarque un certain degré de prolapsus de l'utérus, qui alla peu à peu en empirant. Pas de traitement jusqu'à il y a environ 3 mois. Porta un pessaire-anneau qui causa des douleurs vives. Déchirure du périnée intéressant en partie le sphincter.

Le 20. Utérus complètement prolabé au dehors de la vulve.

Le 21. *Opération : éther.* — Restauration du périnée.

Le 31. Enlèvement des sutures.

14 novembre. Application d'un pessaire-anneau. Beaucoup de soulagement ; utérus actuellement maintenu dans le bassin.

Obs. VI. — 28 janvier 1887. 25 ans, mariée depuis un an et neuf mois. Menstruation régulière, dernières règles il y a 14 jours environ. Un enfant. Dernière grossesse, il y a neuf mois.

Antécédents pathologiques. — Depuis la naissance de son enfant, sensations de pesanteur, et perte de tout pouvoir de contention sur l'intestin. Le périnée fut réparé six semaines après l'accouchement par le Dr Westland, qui m'adressa plus tard la malade.

29 janvier. A l'examen, je constatai une solution de continuité qui du rectum conduisait, à travers le périnée, dans le vagin. Évidemment, le périnée avait été déchiré, y compris le sphincter, et l'opération plastique pratiquée avait seulement réussi dans la portion moyenne.

Le 31. *Opération.* — Restauration du périnée.

4 février. Début de la période menstruelle.

Le 7. Fin de la période menstruelle.

Le 9. Enlèvement des sutures ; bonne réunion.

Obs. VII. — 17 janvier. 41 ans, mariée il y a 19 ans. Cinq enfants.

Dernière grossesse il y a six ans et demie. A été « de ci de là » toujours malade depuis sa dernière grossesse. Le mois de mars dernier, elle fut traitée ici par le Dr Robert Barnes qui aurait, dit-elle, pratiqué des cautérisations sur le col. Se plaint de tiraillements et de sensation de pesanteur dans le dos et dans le côté gauche. Leucorrhée légère. Les tiraillements se font sentir dans le dos et dans l'abdomen, généralement 12 heures environ avant l'éruption menstruelle et se prolongent durant les deux premiers jours des règles. Le périnée a été déchiré dix-huit années auparavant au 1er accouchement, et il n'a jamais été fait aucun traitement. Elle retient parfaitement les garde-robes, si ce n'est dans les cas où il y a état diarrhéique ; mais, en général, il y a constipation.

Le 19. Constatation d'une déchirure du périnée intéressant le sphincter.

Le 28. *Opération : éther.* — Restauration par le procédé à lambeaux.

10 février. Enlèvement des sutures. Mais pas de pouvoir de contention sur l'intestin.

Le 14. Aucune amélioration en ce qui concerne la fonction des sphincters.

Le 17. Bonne cicatrisation du périnée. La femme se sent beaucoup mieux.

Obs. VIII. — 10 mars 1887. J. P..., 38 ans, mariée il y a 14 ans. 4 enfants ; dernière grossesse il y a environ huit ans. Dernière menstruation il y a environ 3 semaines et demie. A consulté le Dr Qrigg.

12 mars. Périnée déchiré à droite, y compris le sphincter.

Le 17. *Opération : éther.* — Périnéorraphie à lambeaux, résultat excellent.

Obs. IX. — 27 février 1888. H. K..., 26 ans, mariée il y a un an et demi. Un enfant ; un avortement. Dernière grossesse il y a sept semaines ; durée du travail, 33 heures, application de forceps ; enfant né mort, à terme. Depuis lors, impossibilité de retenir les garde-robes. La malade m'a été adressée pour être opérée par Spencer Wells.

Complète déchirure du périnée. Le sphincter est intéressé, et la déchirure remonte de 3/4 de pouce le long de la paroi postérieure du vagin.

Le 28. Début de la période menstruelle.

4 mars. Règles complètement terminées. Impossibilité absolue de retenir les fèces.

Le 5. Éther. Périnéorrhaphie suivant le procédé ordinaire, incision en H, fines sutures.

Le 6. Pas de sensation de défaillance après l'éthérisation ; excellent aspect de la plaie.

Le 7. L'opérée est bien. Il n'y a pas eu d'évacuation intestinale involontaire, depuis l'opération ; impossibilité d'uriner spontanément ; cathétérisme.

Le 9. Température dans la nuit, 38°,1 ; pouls, 100. Langue chargée ; pas de garde-robes.

Le 10. La température ne s'éleva pas la dernière nuit au-dessus de 37°,3. Langue propre.

Le 12. La malade est bien, bon aspect de la plaie. Langue propre. Pouls et température normaux, garde-robes spontanées.

Le 13. Malade en bonne conditions ; état de la plaie excellent.

Le 14. Enlèvement des sutures ; cicatrisation de la plaie tout à fait complète.

Le Dr E. G. Peck examine la femme trois mois après l'opération et constate que la guérison était complète, y compris la restauration des fonctions du sphincter.

Obs. X. — Mme M..., me fut adressée d'India, par le chirurgien More Reid. Déchirure complète intéressant le sphincter, et remontant d'un pouce le long du vagin. Action sur les sphincters nulle. Périnéorrhaphie à lambeaux ; périnée solide.

Obs. XI. — Mme G..., 23 ans, 12 avril 1890, mariée il y a 2 ans. Déchirure intéressant le sphincter il y a 10 ans environ. M'a été adressée, pour être opérée, par le Dr Harvey Hillard, d'Aylesburg. Tentative de réparation immédiatement après l'accident, mais insuccès. Le périnée n'était représenté que par une bande de peau. On l'incisa, avant de pratiquer l'incision en H. Cicatrisation solide, ayant amené, comme résultat, un périnée solide, long de plus d'un pouce et demi, avec restauration complète des fonctions du sphincter.

Il est, croyons-nous, inutile de relater les autres opérations que nous avons faites avec des résultats toujours aussi bons. Je puis dire que sur 50 cas de rupture complète du périnée

que j'ai opérés par la méthode à lambeaux, je n'ai pas eu un seul échec.

Le Dr K. O. Werden, de Pittsburg, a récemment publié un intéressant travail sur la périnéorrhaphie à lambeaux, dans les *Transactions of the American Association of obstetricians and gynæcologists* pour l'année 1889. Dans ce mémoire, il se déclare très satisfait de l'opération qu'il n'a cependant pratiquée que 8 fois.

Il rapporte des faits de Mundé, qui a opéré 17 fois, 8 ruptures complètes et 9 incomplètes avec succès complet dans tous les cas, excepté un cas de mort par septicémie. Le Dr Werder dit : « Il n'y a certainement aucune opération qui puisse être comparée avec celle-ci par la simplicité, la rapidité d'exécution, et l'excellence des résultats. Dans les ruptures complètes, je crois que nous possédons là une méthode idéale, qui est destinée à remplacer rapidement les vieilles méthodes d'avivement. Dans cette opération, le résultat ne dépend pas de la manière douteuse dont se comporteront des sutures de la muqueuse vaginale ou de la rectale ; il dépend, pour employer les termes de Sänger, de la cicatrisation rapide, certaine et solide de la peau du périnée ».

La complication de fistule recto-vaginale, si commune avec les vieux procédés, semble impossible dans cette opération. Que la réunion par première intention manque en quelques points, le succès de l'opération n'est pas compromis, en particulier si la commissure vaginale postérieure et le sphincter anal ont été réunis, la réunion par seconde intention aura toujours lieu. Alors même qu'il y aura absence totale de réunion, les lésions ne seront pas aggravées, rien n'ayant été enlevé, tout reste dans le *statu quo*. L'indication à l'opération dans les cas de rupture incomplète est souvent méconnue. Et, l'histoire clinique de beaucoup de ces cas est souvent la suivante : la malade accuse une sensation de pesanteur, de difficultés dans la marche et dans la station verticale, accompagnées souvent de douleurs dans la position assise. A l'examen, dans plusieurs de ces cas, le périnée

paraît résistant. Mais, si l'on ouvre la vulve, on aperçoit une cicatrice bordant inférieurement la paroi postérieure du vagin jusqu'au rectum. En général, cette cicatrice est l'origine de beaucoup de souffrances.

Dans l'opération pour rupture incomplète, les ciseaux sont introduits au-dessous de la cicatrice, de façon à la lever et à la libérer. Dans une deuxième catégorie de cas, il peut ne point exister de cicatrice, mais, par contre, et comme conséquence de l'absence de la plus grosse portion du périnée, on observe parfois un prolapsus des parois vaginales, postérieure et antérieure, et de l'utérus. A mon avis, on devrait toujours restaurer le périnée insuffisant, parce que, si l'on n'intervient pas, on peut voir survenir, à un intervalle plus ou moins rapproché, de la rectocèle, de la cystocèle, et du prolapsus de la matrice. En ce qui concerne le choix du moment pour opérer, je pense qu'il est préférable d'attendre 4 à 5 semaines après la production de la déchirure. A cette époque, le fond de la plaie présentera déjà un certain degré de réunion. Mais, je ne puis tenir pour un procédé scientifique, l'intervention immédiate. J'ai souvent constaté la présence d'une bande mince, superficielle, résultant de l'intervention immédiate, et masquant la déchirure initiale affectant le sphincter.

Il n'y a aucun avantage à appliquer des pessaires dans le cas de périnée insuffisant. Un pessaire, en effet, ne peut servir à supporter l'utérus qu'à la condition d'être lui-même soutenu par le vagin, et plus spécialement par le périnée, clef de voûte du plancher pelvien.

REVUE GÉNÉRALE

DU TRAITEMENT INTRAPÉRITONÉAL DU PÉDICULE DANS LES HYSTÉRO-MYOMOTOMIES, D'APRÈS KOCHER (de Berne) (1).

Par le Dr **BÉTRIX** (de Genève).

Dans un intéressant travail récemment publié, le professeur Kocher décrit sa nouvelle méthode de traitement du pédicule, pour l'extirpation des tumeurs fibreuses et de l'utérus.

L'opération dans laquelle il s'est servi pour la première fois de son nouveau procédé, a été pratiquée le 3 juillet 1889. Sa nouveauté consiste à traiter l'utérus lui-même comme le pédicule d'un kyste de l'ovaire, c'est-à-dire simplement par la ligature à la soie, en l'abandonnant ensuite dans la cavité péritonéale.

Afin de faire mieux comprendre tous les détails du procédé, nous commencerons par donner un résumé de l'observation de la première malade, traitée de cette manière par le professeur Kocher.

Il s'agissait d'une femme, âgée de 36 ans, ayant déjà été opérée par Kocher une année auparavant pour un énorme myôme sous-séreux, remplissant toute la cavité abdominale.

A ce moment de petits fibromes avaient déjà été constatés dans les parois utérines, ils augmentèrent rapidement de volume, de sorte que lorsque la malade revint à la Clinique la tumeur atteignait le niveau de l'ombilic ; tout le corps de l'utérus était bosselé, envahi par les tumeurs jusqu'au niveau de l'orifice interne. Les ligaments larges furent d'abord liés de chaque côté par une double ligature, la première comprenant l'artère utéro-ovarienne

(1) Zur intraperitonealen Stielbehandlung bei Hystero-Myomectomie. *Correspondenzblatt für Schweiz. Aertz*, 1er juillet 1890.

et le ligament rond, la seconde embrassant l'artère utérine, qui était très volumineuse et que l'on sentait battre fortement sous le doigt. La section des ligaments fut pratiquée à une certaine distance de l'utérus, puis on jeta autour de ce dernier, immédiatement *au-dessus* de la ligature de l'artère utérine, un lien très solide, formé de plusieurs fils de soie que l'on serra de suite avec toute la force possible mais qui fut *seulement noué après la section* complète du pédicule. L'ablation de la tumeur se fit d'après la méthode de Schrœder au moyen de deux incisions fortement convexes, l'une antérieure, l'autre postérieure, se prolongeant obliquement dans la substance utérine jusqu'à la cavité centrale.

Elle se fit sans trace d'hémorrhagie et produisit une surface de section bien nette et franche. On procéda de suite à la cautérisation énergique de la cavité utérine au thermocautère. La ligature à la soie est beaucoup moins gênante que celle de caoutchouc, elle établit l'hémostase absolue et elle permet malgré cela l'introduction du cautère dans la cavité utérine jusqu'au delà du siège de la ligature, ce que Kocher regarde avec raison comme un sérieux avantage. La réunion des surfaces du moignon, évidé en forme de cône, se fait au moyen d'une suture profonde en surjet, réunissant ensemble de larges surfaces et avec le même fil de soie on termine la réunion par une suture superficielle également continue, faite en renversant légèrement en dedans les bords de la séreuse, de façon à mettre en contact réciproque les deux surfaces péritonéales.

Les suites de cette opération furent des plus simples, il ne se produisit aucune élévation de température, les douleurs ne furent importantes que pendant les premières 24 heures. La malade se leva le treizième jour et elle rentra chez elle le vingtième jour.

Revue cinq mois plus tard, la malade jouit d'une santé excellente. Le col utérin est normal, mobile ; le pédicule est très court, il siège directement au-dessus du col, il est mobile et il ne donne lieu à aucune sensation douloureuse.

Cette première observation nous démontre que l'on peut très bien traiter l'utérus comme on le fait pour le pédicule

d'un petit myôme sous-séreux, c'est-à-dire par une simple ligature à la soie, fortement serrée, puis abandonnée dans la cavité péritonéale.

On ne doit pas craindre de complications pour le moignon, car il s'y fait une atrophie graduelle. Les surfaces du pédicule mises en contact par la suture en surjet se réunissent aussi bien que des plaies nourries normalement. L'absence de toute réaction inflammatoire, de toute exsudation, nous montre que ceci a lieu aussi pour les surfaces séreuses recouvrant le moignon.

En procédant par la *ligature préalable des vaisseaux des ligaments larges*, il sera toujours possible d'obtenir un pédicule mince, ne dépassant pas l'épaisseur de l'utérus au niveau de l'orifice interne, et on obtiendra alors facilement une *hématose absolue* au moyen de la ligature à la soie.

Afin d'obtenir toute garantie de sécurité pendant la ligature en masse, l'opérateur doit toujours faire serrer le *fil énergiquement par un aide sûr*, pendant qu'il enlève lui-même la tumeur ou la totalité de l'utérus. Kocher dit, avec raison, que cet acte de l'opération ne doit être confié qu'à son meilleur ami. De cette manière, la tension est presque réduite à zéro et l'hématose est facilement obtenue. Ce n'est qu'une fois la section du pédicule opérée que l'aide fixera la ligature au moyen d'un nœud fortement serré.

Le fil de soie doit offrir nécessairement de grands avantages sur la ligature élastique, car il crée des conditions de circulation beaucoup moins défavorables que cette dernière. L'abandon d'un lien de caoutchouc autour du pédicule peut donner lieu à de graves accidents ; en dehors de l'hémorrhagie secondaire (le cas de Sänger en est un exemple), il survient toujours la nécrose du moignon ; celle-ci peut se faire sans accidents consécutifs, mais il arrive fréquemment qu'elle donne lieu à un abcès, séparé du péritoine, il est vrai, mais qui se vide à travers le col et qui entraîne avec lui le lien de caoutchouc et des fragments de tissu sphacélé. Ceci peut survenir malgré les précautions antiseptiques les plus

rigoureuses, car on ne pourra empêcher absolument l'infection de s'introduire par le vagin et par le col utérin. Tout ceci constituera toujours un grave inconvénient de la ligature élastique. Ainsi que nous l'avons déjà dit, après la ligature à la soie, on n'a pas à craindre la nécrose du pédicule, car il se forme rapidement des adhérences, et en plus, la compression des parties profondes ne tarde pas à diminuer. La ligature à la soie n'a aucune tendance à glisser, comme il arrive parfois au fil de caoutchouc.

Kocher discute ensuite les différentes méthodes de traitement du pédicule, adoptées par la chirurgie allemande moderne. Cette partie de son travail est des plus intéressantes. Nous ne ferons que relever que les plus beaux résultats ont été obtenus par Zweifel, dont la dernière série de 22 hystérectomies consécutives ne présente pas un seul cas de mort. La méthode employée par ce chirurgien et à laquelle il doit ces beaux succès, consiste en la ligature du pédicule en plusieurs portions, à l'aide de l'aiguille creuse d'Allingham, modifiée par lui. D'ailleurs, sutures profondes et superficielles des surfaces du moignon, et traitement complètement intrapéritonéal d'après la méthode recommandée par Schroeder.

Dans la première observation, dont nous venons de donner le résumé, il s'agissait d'un cas relativement simple, mais nous allons voir, par les observations suivantes, que le procédé, recommandé par le professeur Kocher, peut encore donner d'excellents résultats dans des cas plus compliqués et beaucoup plus difficiles à opérer.

Chez sa seconde malade les tumeurs fibreuses descendaient beaucoup plus bas, elles arrivaient jusqu'au niveau du col, de sorte que l'amputation supravaginale semblait au premier abord impossible, même après l'examen pendant la narcose. Cependant, après l'ouverture de l'abdomen, on parvint à lier les ligaments larges d'après le même procédé que dans la première observation, en comprenant de chaque côté l'artère utérine dans la seconde ligature. Pour placer les fils profonds, Kocher se sert des

aiguilles mousses recommandées par Schroeder, et l'hémorrhagie du début s'arrêtait dès que la ligature était serrée. Après la séparation des ligaments larges, on passa un quadruple fil de soie au-dessous des tumeurs, autour de la portion vaginale de l'utérus, il fut serré seulement, mais pas noué pour le moment. Après l'incision du péritoine en arcs convexes sur la face antérieure et sur la face postérieure des tumeurs, on put procéder à l'énucléation des myômes situés le plus profondément ; il se forma par ce fait un long pédicule et on put procéder alors à l'excision en cône de l'utérus. Grâce à la ligature tout ceci put être fait sans perdre de sang. Après l'ouverture de la cavité utérine on put introduire un tampon imbibé de sublimé, puis le thermocautère jusqu'au-dessus du niveau de la ligature, malgré que celle-ci fut serrée avec toute la force possible d'un vigoureux assistant. Après cette cautérisation le fil de soie fut solidement noué et le péritoine fut refermé comme dans le cas précédent. Les suites furent des plus simples et la malade rentrait chez elle le 19e jour après l'opération.

Cette seconde observation nous montre que, même dans les cas où le col est envahi par une ou plusieurs tumeurs, on pourra se servir du nouveau procédé de Kocher en énucléant les fibromes pendant que l'assistant continue à serrer la ligature. Dans ces conditions, l'énucléation pourra se faire sans perdre une goutte de sang et, après celle-ci, nous aurons gagné suffisamment de tissu utérin pour former un pédicule et pour placer la ligature circulaire, qui ne doit jamais embrasser des tumeurs sous elle. L'important dans ces cas est d'avoir un assistant *sûr et solide*, qui puisse serrer très fortement le fil pendant toute la durée de l'énucléation et qui ne devra le nouer définitivement que lorsque celle-ci est terminée.

Les observations 3, 4 et 5 ne présentent pas d'autres particularités, sauf que l'une de ces tumeurs était un fibro-sarcome très vasculaire ; elles furent toutes extirpées d'après le même procédé.

Dans l'observation n° 6, il s'agit d'une femme de 40 ans, chez laquelle en dehors de tumeurs intramurales multiples,

il existait un fibrome intraligamentaire du volume d'une tête d'enfant. Cette tumeur principale, recouverte de l'enveloppe péritonéale fournie par le ligament large, était en contact direct avec les parois du bassin de sorte qu'il ne pouvait être question au premier abord d'une pédiculisation. Après avoir sectionné entre deux ligatures la trompe et le ligament de l'ovaire, l'enveloppe péritonéale fut ouverte sur la tumeur d'avant en arrière, ce qui la mit à nu jusqu'au niveau de l'utérus. Le fibrome restait immobile, jusqu'à ce que Kocher eut l'idée de le faire repousser énergiquement de bas en haut par le vagin ; la tumeur sortit alors du petit bassin, dans lequel elle était seulement enclavée et on reconnut alors qu'elle était adhérente à l'utérus par un large pédicule, s'insérant sur la partie supérieure du col.

Ce pédicule fut entouré d'un fil de soie épais, puis serré énergiquement et il fut alors facile d'enlever le fibrome. Par cette extirpation l'utérus était devenu mobile et abordable, et il fut alors aisément extirpé d'après le procédé décrit dans la première observation.

Nous voyons dans cette observation une troisième modification du procédé de Kocher, applicable lorsqu'il s'agit d'une tumeur partant du col utérin, mais développée dans l'épaisseur du ligament large. Il faut se débarrasser en premier lieu de ces tumeurs arrondies avant de pouvoir atteindre l'utérus et de l'extirper si l'on constate la présence de fibromes multiples dans ses parois.

La ligature en masse n'est pas nouvelle, elle a été essayée plusieurs fois par Schrœder en particulier, qui l'abandonna « parce que la résistance des tissus musculaires et gorgés de sang était si considérable que, même avec la soie la plus forte et les tractions les plus énergiques, on ne réussissait pas à obtenir une hémostase complète pendant l'extirpation ». Nous venons pourtant de voir d'après les observations qui précèdent que la chose est non seulement possible, mais encore facilement exécutable. Cette différence d'appréciation de la ligature en masse, provient de ce que Kocher fait pré-

céder l'application du fil de soie, de la ligature non seulement de tous les vaisseaux du ligament large, mais encore de l'artère utérine, qui, si possible, doit toujours être comprise dans l'anse, qui entoure la portion la plus profonde du ligament. Ceci est le point capital. Lorsque l'artère utérine, qui est toujours le plus gros et le plus important de tous ces vaisseaux peut être isolée et liée séparément, il faut toujours le faire, mais Kocher ne voit aucun inconvénient de la comprendre simplement dans la ligature de la partie inférieure des ligaments larges.

Néanmoins cette ligature préalable de l'artère utérine n'est pas une condition *sine qua non* de l'application du fil de soie autour de l'utérus, car on pourra toujours la comprendre dans l'anse de soie de la ligature en masse et obtenir encore une hémostase parfaite.

S'il se vérifie, ce qui a tout l'air d'être démontré par les observations du professeur Kocher, que l'utérus peut supporter sans inconvénient, sans nécrose, la ligature permanente à la soie, en même temps que celle des deux artères utérines, nous voyons dans cette méthode des avantages très sérieux pour toutes les opérations d'énucléation des petits myômes utérins ; elles pourront être faites de bonne heure, avant que le volume des tumeurs rende l'opération par trop difficile.

En somme, le procédé du professeur Kocher ne diffère pas sensiblement de celui employé généralement pour le traitement du pédicule des kystes ovariens. Il exige en plus, afin de placer et de surveiller constamment la ligature, une certaine force musculaire et une certaine adresse de la part de l'assistant, chargé de la constriction. Dans tous les cas, il simplifie considérablement les opérations des hystéro-myômectomies et il présente des avantages sérieux sur toutes les méthodes, employées jusqu'à présent. Nous espérons qu'il donnera entre les mains d'autres chirurgiens d'aussi bons résultats qu'entre celles du célèbre professeur de Berne, qui obtient une belle et rapide guérison chez toutes les malades, opérées d'après sa nouvelle méthode.

Qu'il me soit permis en terminant cette analyse d'ajouter que j'ai eu dernièrement l'occasion de me rendre compte par moi-même des avantages du procédé du professeur Kocher ; j'assistais pour une hystéro-myômectomie M. le docteur Chennevière, l'utérus gros comme les deux poings était recouvert de nombreux myômes sous-séreux de différentes grandeurs. La ligature à la soie en masse, placée après la séparation des ligaments larges, produisit une hémostase absolue tout en permettant l'introduction du cautère dans la cavité utérine après l'amputation. Les douleurs occasionnées par la constriction pendant les premiers jours après l'opération sont moins fortes et elles durent moins longtemps que pendant le traitement extrapéritonéal du pédicule. Les résultats opératoires furent excellents.

REVUE CLINIQUE

ANOMALIE DU TEMPS DE ROTATION CHEZ UNE MULTIPARE

Par M. **Flandrin**, interne à la Maternité de Grenoble.

X..., 25 ans. Entrée le 21 novembre 1889 à 9 h. 1/2 du soir à la Maternité de Grenoble, dans le service de M. le Dr Nicolas.

3 accouchements antérieurs à terme longs et laborieux ; enfants vivants.

Menstruation régulière depuis l'âge de 16 ans.

Les dernières règles remontent au 16 février 1889.

Pas d'accidents pendant la grossesse. État actuel bon.

Début des douleurs le 21 novembre à 4 h. du soir.

Examen à l'entrée ; 10 h. *soir. Palper.* — Ventre volumineux, globuleux, parois excessivement minces. Pas de vergetures, ligne brune assez marquée.

Utérus remontant à 15 cent. au-dessus de l'ombilic, très mobile, déjeté à droite.

Siège en haut, tête engagée, membres en avant, visibles en relief grâce à la minceur des parois, plan postérieur en arrière plutôt à gauche ; on le devine mieux qu'on ne le sent.

Les bruits fœtaux couverts par le souffle utéro-placentaire sont perceptibles, quoique faiblement, à gauche, en arrière et en bas :

Toucher ; 11 *h. soir.* — Tête engagée, col effacé très dilatable ; dilatation de plus de 1 fr., membranes intactes.

On arrive aisément sur la suture longitudinale dirigée dans le diamètre oblique droit. A l'extrémité antérieure de ce diamètre, à droite et en avant, on tombe sur la fontanelle antérieure normale.

Diagnostic : O.I.G.P.

Douleurs espacées, peu énergiques.

Minuit. — Dilatation de 5 fr.

22 *novembre*, 2 *h.* 1/2 *matin.* — Dilatation presque complète, membranes intactes. Le mouvement de rotation interne s'est fait en arrière : la fontanelle postérieure est en arrière dans la concavité du sacrum, la fontanelle antérieure est sous la symphyse pubienne, la suture longitudinale dans le diamètre antéro-postérieur.

Le dégagement va se faire en postérieure persistante, occipito-sacrée.

3 h. *matin.* — La femme est sondée.

5 h. *matin.* — La dilatation a peu augmenté, membranes intactes, douleurs peu énergiques, espacées. La position n'a pas sensiblement varié ; la fontanelle antérieure seule accessible est toujours en avant sous le pubis. A ce moment je me fais remplacer auprès de la patiente par un de mes collègues, M. Hermite.

6 h. *matin.* — Rupture spontanée des membranes.

6 h. 1/2 *matin.* — Premier toucher pratiqué par M. Hermite qui, étonné de se trouver en complet désaccord avec mon diagnostic, me fait appeler.

Voici en effet ce qu'il avait trouvé et ce que je constatai après lui. La fontanelle antérieure est à gauche et en avant, en rapport avec l'extrémité antérieure du diamètre oblique gauche, la suture sagittale exactement dirigée dans le même diamètre. On ne sent pas la fontanelle postérieure ; bruits fœtaux maximums à droite en bas, en arrière, nettement perçus.

Diagnostic : O.I.D.P.

8 h. moins 1/4. — Le mouvement de rotation interne se continue de telle sorte que la fontanelle antérieure descend dans l'excavation, allant de droite à gauche, pendant que la fontanelle postérieure devient de plus en plus accessible et se dirige vers la symphyse pubienne.

Accouchement 8 h. 15 m. — Expulsion du fœtus. Dégagement du sommet en O.I.D.A. Mouvement de restitution qui porte l'occiput en regard de la cuisse droite de la mère.

Délivrance. — Par expression et tractions combinées huit minutes après l'accouchement, placenta entier; poids sans le cordon, 650 gr.

Longueur du cordon, 0m,73. Ce dernier forme une anse autour du cou de l'enfant.

L'enfant, du sexe masculin, très vigoureux au moment de l'accouchement, pèse 3 k. 430 gr. Fontanelles et sutures normales, pas de déformation du crâne. La forme et la place de la bosse sanguine n'ont pas été relatées.

Diamètres de la tête de l'enfant: circonférence, 32 cent.

O.M	13
O.F	11
S.O.B	9,5
B.P	9,5
B.T	8

La durée du travail peut être fixée à 16 heures environ. Suites de couches excellentes. La femme est sortie de la Maternité 12 jours après son accouchement.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

10e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE BERLIN

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (VIIIe Section) (1).

Du drainage abdominal dans les laparotomies.

SÆNGER (Leipzig).— Fermer complètement le ventre, même dans les cas de laparotomie où l'on n'a pu assurer une propreté absolue

(1) Voir *Annales de gynécologie*, août, p. 101; septembre, p. 198, 1890.

(laparotomien unreinen) », telle est, actuellement, la règle de conduite suivie par la plupart des chirurgiens allemands. Et à cela, il y a deux raisons : 1° les travaux théoriques (Grawitz, Waterhouse, etc.), qui ont mis en relief la puissance de résorption du péritoine, *sain*, vis-à-vis même des germes pathogènes ; 2° les résultats cliniques remarquables obtenus grâce à de nouveaux perfectionnements de la technique opératoire, et en particulier à l'évolution qui s'est dessinée vers l'asepsie.

Mais ces résultats ont été égalés, en partie même surpassés par ces maîtres chirurgiens anglais et américains (Lawson Tait, Keith, Bantock, Gill Wylie, Penrose, Cushing, etc.) qui, dans une large mesure, se servent du drainage. De son côté, l'auteur est de plus en plus revenu au drainage dans lequel il voit une mesure qui satisfait à un principe de chirurgie universellement reconnu, et qui, réalisé dans des conditions spéciales, peut tantôt influer de telle façon sur les suites opératoires qu'elles sont moins critiques, tantôt même décider de la guérison.

Historiquement, on peut considérer au drainage abdominal trois étapes : a) application du drainage au moyen d'un tube de verre, procédé indiqué par Kœberlé (1867) ; *b) drainage capillaire*, préconisé par Hégar (1881) ; c) son mode d'application *aseptique*, réalisé seulement aujourd'hui.

Sous le rapport purement technique, on peut faire les distinctions suivantes : 1° les *simples tubes à drainage*, tubes en verre, droits, ou incurvés ; 2° le *tamponnement intra-abdominal* avec de la gaze hydrophile ; 3° le *drainage combiné* au moyen d'un tube en verre rempli de substances hydrophiles.

L'auteur emploie, habituellement, le dernier procédé ; exceptionnellement le second, mais jamais le premier. Les tubes de verre incurvés dont il se sert sont de longueur variable, leur courbure correspond à un quart, ou à un demi-cercle, et ils sont percés, au voisinage d'une de leurs ouverture, d'orifices latéraux dont le diamètre ne dépasse pas un millimètre. On les rend aseptiques par le savonnage, l'action de l'eau bouillante et le séjour dans une solution de sublimé (1 : 500). Le tube à drainage est, au moment de son emploi, retiré de cette solution et disposé dans le cul-de-sac de Douglas, de telle sorte qu'il repose exactement sur l'utérus par son bord inférieur concave. Ces tubes incurvés plongent dans les foyers de sécrétion qu'il s'agit de tarir plus

sûrement que les droits, qu'emploient les chirurgiens anglais et américains. Ils ont en outre l'avantage de ne pouvoir offenser ni l'intestin ni l'épiploon.

Le drain une fois mis en place, la paroi abdominale est suturée, puis des pressions latérales sont exercées sur elle pour exprimer par le tube, tout ce qui reste de liquide dans le ventre. Alors, à l'aide d'un fin mandrin en cuivre ayant à peu près la courbure du tube, un morceau de *gaze aseptique*, et non point des mèches, qui ont les mêmes inconvénients que les languettes d'ouate, est poussé jusqu'à l'orifice profond du drain, et on le change jusqu'à ce qu'il ne trouve plus de liquide à pomper. Cela fait, on entasse des couches de gaze et d'ouate de bois et le tout est recouvert d'un pansement hermétique de diachylon, en morceaux grands comme un mouchoir de poche. Ce pansement est enfin égalisé de tous côtés à l'aide d'une bande.

Ce pansement n'est pas changé avant 24 heures ; ainsi, on ne fait dans le drain aucune aspiration à la seringue, mais on s'en fie à la capillarité pour assurer un assèchement complet. Le pansement est fait avec les précautions antiseptiques les plus strictes, et cette fois encore on introduit avec la sonde dans le drain de minces languettes de gaze pour pomper tous les liquides. Toute injection secondaire est évitée. Ce pansement reste en place 24 ou 48 heures. Le drain est retiré au 3e ou au 4e jour, lorsque toute sécrétion est tarie. Parfois il faut le laisser 6, 8 jours et même plus.

Seuls, les faits cliniques permettent d'apprécier l'efficacité du drainage. Les expériences faites sur le cadavre par Heinricius, Löbker, Delbet ne possèdent aucune valeur démonstrative. A la vérité, il ne s'agit même aucunement de drainage de toute la cavité abdominale, mais bien du drainage d'espaces linéaires, en forme de fentes, situés le plus souvent dans la région du cul-de-sac de Douglas, au voisinage des annexes de l'utérus, de l'utérus lui-même. Ce qu'il faut, c'est réaliser l'écoulement au dehors, l'excrétion centrifuge de sécrétions qui s'accumulent *après* l'opération, qui sont pour ainsi dire à l'état naissant, c'est amener la dessiccation de ces espaces vulvaires, sécrétants qui, d'après les recherches de Coe, Mundé, v. Stockum, et Treub, sont déjà, après 2-3 jours, isolés du reste de la cavité abdominale.

Le drainage opère donc à la manière d'une *soupape de sûreté*,

en ce sens qu'il rend possible l'écoulement au dehors de sécrétions qui, retenues dans la cavité abdominale, seraient susceptibles de fournir un terrain de culture favorable à une infection septique.

Le chirurgien qui a l'occasion d'observer des cas à peu près identiques, traités les uns avec, les autres sans drainage, reconnaît bientôt que les premiers évoluent d'une manière beaucoup moins critique, que même ils ne présentent pas, dans les suites opératoires, des dangers associés aux sécrétions secondaires, ou aux diverses sortes d'adultérations du sang.

Le *tamponnement intra-péritonéal avec de la gaze* (Mikulicz, Fritsch, Pozzi, Treub, Hahn, etc.), que l'auteur a utilisé en 1881 après l'extirpation totale par le vagin, et en 1884 seulement dans les laparotomies, possède en tant que *drainage capillaire simple* de sérieux inconvénients. La gaze placée à l'intérieur est très vite saturée, tandis que celle qui se trouve à l'extérieur n'est que d'un médiocre secours. Or, il n'est pas possible de retirer la première sans faire exsuder les sécrétions dont elle s'était imbibée et qu'on laisse ainsi dans la cavité abdominale. Lorsque l'auteur eut acquis l'expérience que, dans les cas où une hémorrhagie non justiciable des ligatures constituait une indication au tamponnement intra-péritonéal, cette indication pouvait être également remplie par le drainage combiné (tube de verre et gaze), en évitant même les inconvénients associés à la première méthode, dès lors, il n'employa plus le *drainage simple avec la gaze* ou le *tamponnement que dans les cas de plaies creuses, intraligamentaires et rétro-péritonéales*. Le drainage abdomino-vaginal que A. Martin, un adversaire d'ailleurs du drainage, a jusqu'en ces tout derniers temps employé dans les myomotomies, est également inutile. Car, il est possible, rien qu'avec le *drainage abdominal simple*, de détourner au dehors toutes les sécrétions. On peut également, au bénéfice de la toilette sèche du péritoine, réduire au minimum l'usage du lavage de la séreuse dont les dangers ont été mis en relief spécialement par Polaillon et Delbet.

En ce qui concerne l'*exposition théorique des indications* du drainage, qu'on se reporte au travail de Lande, inspiré par l'auteur (*Arch. f. Gyn.*, Bd XXXVI, Hft. 2). Ces indications y sont ainsi formulées :

1) Foyers sanguins *circonscrits* en décomposition (infectés)

ou capables de se décomposer, foyers de sécrétions, dont les fâcheux effets ne peuvent être empêchés par le pouvoir de résorption du péritoine, affaibli *localement* ou *sur toute l'étendue de la séreuse;* 2) éventualité possible d'une accumulation secondaire de sécrétions, dont la décomposition (infection) et la résorption pourraient entraîner une intoxication septique; 3) quand on appréhende la rupture d'organes (lésés) et l'irruption de substances étrangères diverses (contenu de l'intestin, de la vessie); 4) lorsqu'il s'agit d'isoler de la cavité abdominale des plaies creuses, considérables, sécrétant abondamment.

Au point de vue clinique, se rangeront sous ces indications : de nombreux cas de salpingo-oophorectomie, en particulier, quand il s'agira de pyosalpinx, d'abcès de l'ovaire, de pelvi-péritonite exsudative avec contamination du péritoine par du pus ; hématocèles intra-péritonéales ; restes de tumeurs inextirpables ; péritonite chronique ; abandon de moignons utérins volumineux ; déchirures et pertes de substance étendues du péritoine pelvien ; beaucoup de cas de grossesse ectopique ; cas de plaies creuses à la suite de l'énucléation de tumeurs intra-ligamentaires et rétro-péritonéales, en particulier du rein ; après curage d'hématomes intra-ligamentaires, etc.

Depuis la publication du travail de Lande, l'auteur, sur un ensemble de 54 laparotomies, a pratiqué le drainage 13 fois ; 14 fois, si l'on fait entrer en ligne de compte une opération faite avec le Dr La Torre (de Rome). Il a été réalisé de la manière suivante :

I. *Drainage simple avec la gaze* ou *tamponnement avec la gaze*, 3 fois ; *extra-péritonéal*, 2 fois, après énucléation de deux kystes paraovariques, après grossesse tubaire avec hématome intraligamentaire : *intra-péritonéal* 1 fois, dans une laparotomie exploratrice pour sarcome du mésentère (hémorrhagie).

II. Le *drainage combiné* (tube et gaze), 11 fois : 1 fois dans un cas de salpingo-oophorectomie pour inflammation chronique des annexes ; 2 fois dans des conditions semblables avec hématocèle intrapéritonéale ; 1 fois dans ces mêmes conditions combinées avec une grossesse extra-utérine ; 4 fois combinées avec un pyosalpinx, compliquées dans 2 cas d'abcès de l'ovaire, dans 2 cas avec exsudat suppuré libre dans le cul-de-sac de Douglas, dans 1 cas avec ulcération profonde du côlon descendant. Dans

tous les cas, les sacs suppurés crevèrent et le pus fit irruption dans la cavité abdominale.

1 fois en outre, dans 1 cas de grossesse ovarico-abdominale (cavité saignante au niveau du sac ovulaire), 1 fois après une opération de Porro pour myômes du corps et du col de l'utérus et abandon du pédicule, 1 fois après ovariotomie (kyste sanguin) et hystérectomie consécutivement à une tentative d'énucléation vaginale d'un myôme du corps de l'utérus et à une rupture traumatique de l'utérus.

Seul, ce dernier cas, *a priori* désespéré, se termina par la mort, produite par le *shock. Toutes les autres opérées guérirent.* On ne pourrait en somme imaginer des résultats plus éloquents en faveur du drainage.

Du traitement de l'avortement.

WINTER (Berlin). — D'une manière générale, le traitement de l'avortement est devenu plus actif, parce que le raclage antiseptique et complet de l'œuf abortif est, la plupart du temps, accompagné de suites de couches apyrétiques et de l'involution régulière de l'utérus. L'accord n'est plus le même touchant la « *rétention de la caduque vraie* ». Brennecke, Heinricius, Dührssen pensent que cette rétention est l'origine d'hémorrhagies, de troubles dans l'involution utérine, d'endométrite, et conseillent en principe l'enlèvement de la caduque retenue ; Schröder, Winckel, Olshausen sont d'avis au contraire que cette rétention n'est pas incompatible avec une *restitutio ad integrum.*

La solution de la question exige les conditions suivantes : savoir si la femme était bien portante avant l'avortement ; être bien renseigné sur les éléments de tissu expulsés au moment de l'avortement ; rechercher, durant plusieurs mois après l'avortement, dans quel état se trouvent les femmes. 100 femmes, remplissant les conditions précitées, ayant été soumises à un examen minutieux, ont permis de faire les constations suivantes :

1[er] *groupe.* — Dans les cas où la *caduque vraie avait été expulsée en totalité,* suites de couches normales. Durée de l'écoulement lochial, environ 8 jours ; premières règles 4 semaines environ après l'accouchement, habituellement un peu profuses ; les autres

menstruations normales, non douloureuses; on constata 1 cas de fécondation sur 9.

2e *groupe* (15 cas), *caduque retenue en totalité.* — Durant les suites de couches, il ne fut expulsé aucune portion de caduque. L'écoulement lochial, d'ailleurs normal, se prolongea une fois 2 et une fois 3 semaines. Premières règles la plupart du temps un peu profuses, les autres d'abondance normale et se montrant à l'époque régulière; 4 fois la conception eut lieu déjà durant les premiers mois après l'avortement.

3e *groupe* (30 cas). — Ce sont ceux qui correspondent le plus aux conditions qui se présentent dans la pratique. Durée de l'écoulement lochial, la plupart du temps 8 jours; écoulement non décomposé, non mélangé de portions de caduque, et peu abondant. Retour des règles 4 semaines environ après l'avortement; au début, menstruation un peu profuse, plus tard d'abondance normale et aux intervalles réguliers; dans 12 cas, apparition d'une grossesse déjà au cours des premiers mois.

En résumé, sur l'ensemble des femmes qui présentèrent une rétention soit totale, soit partielle de la caduque vraie, 38 p. 0/0 redevinrent enceintes tandis que ce rapport ne fut que de 6,29 p. 0/0, par rapport aux femmes qui expulsèrent la caduque en totalité.

Il ressort de là, que la rétention de la caduque chez des femmes antérieurement bien portantes n'exerce aucune influence fâcheuse sur les suites de couches, mais que l'endométrium récupère rapidement son activité fonctionnelle normale.

On sait cependant, qu'il survient parfois, à la suite de l'avortement, des hémorrhagies et de l'endométrite. Pour trouver l'explication de ces hémorrhagies, Winckel a étudié minutieusement 20 cas où cette complication s'était produite, et il a reconnu : que, dans tous, l'avortement s'était fait spontanément; que le plus grand nombre avait eu lieu à environ 2 mois de grossesse; que dans cinq cas, il était resté dans l'utérus des villosités choriales, et dans les autres, de grosses portions de caduque à des stades divers d'involution.

L'auteur pense que la cause la plus fréquente des hémorrhagies après l'avortement spontané dans les premiers mois réside dans la rétention de la caduque vraie, et que ce sont surtout les

débris de cette caduque, demi-détachés et pendants dans la cavité utérine, qui troublent l'involution de la matrice.

Il ne faut, en aucun cas, négliger l'enlèvement de ces portions flottantes de la caduque.

Remarques sur la méthode de Thure-Brandt.

TH. LANDAU (Berlin). — Après avoir insisté sur les avantages que possède, ne serait-ce qu'au point de vue de l'exploration médicale, la méthode de Thure-Brandt, Landau dit que l'usage patient, méthodique de cette méthode lui a permis de relever un certain nombre de faits physiologiques et pathologiques, nouveaux, dignes d'être signalés.

1) Quand on a appris à bien palper, à reconnaître comment l'utérus se contracte à l'état normal, on peut, par la considération de la qualité et de l'énergie des contractions, conclure qu'on se trouve, ici, en présence d'un myôme, là, en présence d'un processus métritique. Dans le 1er cas, l'utérus se contracte irrégulièrement, dans le second, pas du tout.

Le changement que subissent certains produits pathologiques est remarquable. Les changements fréquents de position de la matrice sont suffisamment connus. Chez telle malade, on perçoit, certain jour, de chaque côté de l'utérus, un sac rénitent, et à quelque temps de là, on ne trouve qu'une poche relâchée ; la quantité de son contenu liquide a diminué. Un peu plus tard, la rénitence reparaît. Il y a là une alternative curieuse de réplétion et d'évacuation.

La méthode de Thure-Brandt, étudiée à fond et méthodiquement appliquée, permet d'établir le diagnostic dans des cas où il n'était pas faisable avec les autres procédés d'exploration. Il n'est pas douteux que notre croyance à la perfection de la vieille méthode d'examen combiné, a retardé quelque peu nos progrès dans la connaissance de la physiologie et de la pathologie des organes génitaux de la femme.

Discussion. — SKUTSCH ne voit dans la méthode de Thure-Brandt, en tant que procédé d'exploration, que des perfectionnements accessoires. Il est d'avis qu'il y a lieu de la soumettre à une étude plus complète, mais qu'on ne saurait encore la con-

seiller dans tous ses détails comme méthode de pratique générale. KUGELMANN tient le massage pour un « mode d'onanie ». Il conseille contre les exsudats paramétritiques l'opium administré par le rectum (0,06-0,12) ; dose à renouveler chaque deux heures.

De l'anatomie de la grossesse tubaire, considérations sur le développement du placenta humain.

GOTTSHALK (Berlin). *Contributions à l'histoire du développement du placenta humain* (avec démonstration et préparations microcospiques).

Les pièces qui ont servi à ces recherches sont 2 utérus, gravides, l'un au commencement du 2e mois de la grossesse, l'autre à la fin du 3e mois, enlevés par Landau sur la femme vivante. Dans les 2 cas, le placenta avait conservé sa situation normale.

I. — PREMIÈRE STRUCTURE DU PLACENTA, AU COMMENCEMENT DU DEUXIÈME MOIS DE LA GROSSESSE

A. L'épithélium de la muqueuse a disparu. La surface de la muqueuse affecte une disposition finement dentelée par suite des forts bourgeonnements papillaires, fournis par le tissu interglandulaire.

B. Caduque et villosités croissent en se rejoignant et s'unissent de trois façons :

1) Les villosités fusionnent avec les saillies papillaires de la surface de la muqueuse qui les entourent à mesure qu'elles croissent.

2) Les villosités s'étalent dans les dépressions de la surface de la muqueuse.

3) Les villosités pénètrent et s'enfoncent dans les glandes utérines largement ouvertes.

C. Les connexions entre la caduque et les villosités sont, en certains points, déjà au troisième mois, assez solides, bien que beaucoup de villosités n'aient encore qu'un très faible contact avec la surface de la muqueuse. Les villosités perdent, dès leur pénétration dans la caduque, leur épithélium primitivement épaissi.

D. Les glandes se dilatent, se distendent, fusionnent et donnent

à la sérotine, principalement dans sa portion moyenne, un aspect spongieux. Elles perdent en partie leur épithélium, et leurs parois sont facilement traversées par les villosités qui les ont pénétrées.

E. Le tissu interglandulaire, surtout dans la portion moyenne de la sérotine, où les glandes confinent aux glandes, est très raréfié ; cependant les régions spongieuses alternent avec des îlots de tissu compact. Seulement, en se dirigeant vers la surface, le tissu décidual a notablement augmenté et il constitue, à ce niveau, en quelque sorte une couche épithéliale.

F. *Vaisseaux.*

1) Dans la musculeuse, artères et veines sont notablement dilatés, les veines encore plus que les artères ; celles-ci présentent une paroi fortement épaissie (la moyenne). Néoformation considérable de vaisseaux. Artères, en partie fortement sinueuses. Veines plus parallèles à la surface.

2) Les artères cheminent obliquement et s'élèvent au sortir de la musculeuse en décrivant de nombreuses spires en tire-bouchon. Durant leur trajet jusque vers le milieu de la sérotine, elles perdent peu à peu leur tunique moyenne. Dès lors, elles ne sont plus représentées que par des canaux endothéliaux, mais qui vont en s'élargissant toujours de plus en plus jusqu'à la surface, au point que leurs extrémités terminales égalent de six à dix fois le calibre primitif des troncs d'origine.

Sous l'action de la pression sanguine l'endothélium vasculaire s'atrophie vers la surface au niveau du point de la dilatation maxima, tandis qu'il persiste du côté de l'utérus. Aussi trouve-t-on, vers la surface placentaire, de véritables cavernes artérielles, dans lesquelles les villosités peuvent entrer commodément, où, d'ailleurs, en certains points, elles sont déjà entrées.

Capillaires. — Les capillaires artériels prennent naturellement part à la dilatation des artères, et déversent le sang en partie librement entre les villosités, en partie dans les glandes voisines ; les espaces glandulaires se trouvent convertis en espaces sanguins.

De même, les capillaires veineux se trouvent ouverts par le détachement de l'épithélium de la muqueuse, mais ils ne sont pas encore notablement dilatés. Néoformation abondante de capillaires veineux ; par là, les veines se dilatent secondairement. Contrairement aux artères, elles suivent un trajet rectiligne, environ jusque vers le tiers inférieur de la sérotine, où elles prennent une

direction oblique. Les veines ne sont pas au début aussi dilatées que les artères.

A la surface de la sérotine, vaisseaux lymphatiques très dilatés.

En certains points, les villosités pénètrent dans les artères et même, çà et là, dans les veines. Le sang des artères, envahies par les villositées, se crée en partie de nouvelles voies, libres vers les veines voisines. Dès que la 1re fusion entre les villosités et la sérotine est assez solide, la sérotine se trouve traversée en tous points et dans toutes les directions par les villosités, tandis qu'au niveau seulement du bord de l'aire placentaire, elle envoie des prolongements déciduaux, fungiformes à la rencontre du chorion.

II. — LE PLACENTA AU TROISIÈME MOIS DE LA GROSSESSE

A. Les villosités ont envahi à la manière d'un néoplasme la sérotine et choisissent de préférence les voies de moindre résistance, glandes, artères, veines. Les vaisseaux perdent en grande partie leur délimitation naturelle, les capillaires se transforment en vaisseaux veineux et artériels, et ne sont plus reconnaissables en tant que vaisseaux capillaires.

B. Les vaisseaux sanguins nouvellement formés s'ouvrent dans de grands espaces glandulaires, formés par la fusion de plusieurs glandes voisines. Ces espaces glandulaires sont partout remplis de sang et en partie de villosités ; ils ne se distinguent des véritables vaisseaux que par leur délimitation irrégulière, leurs dimensions, et quelques faibles vestiges, quelques trabécules de tissu interglandulaire.

C. Le tissu interstitiel dans les points, où les glandes sont pour ainsi dire accolées, a presque complètement disparu, il est remplacé par les larges espaces sanguins, artériels et veineux. Mais, *en certains points, veines, artères et espaces glandulaires s'accolent très étroitement, et, dans le lieu où le contact est le plus intime, il y a fusion et, consécutivement, formation d'un espace sanguin, considérable, à contours irréguliers.* Cet espace sanguin se trouve la plupart du temps à la limite du tiers moyen et du tiers inférieur de la sérotine ; il constitue finalement l'*espace intervilleux,* dans lequel s'ouvrent des artères et des veines, d'où émanent aussi des veines et des artères, et qui fournit en conséquence du sang mélangé.

D. Les villosités descendent, et pénètrent à travers les canaux sanguins et glandulaires dans ce sinus sanguin, et dès qu'elles y sont parvenues, elles s'infléchissent pour la plupart à angle droit, cheminent plus parallèlement à la surface et comblent bientôt tout le sinus dans sa largeur ; en certains points, les villosités se dirigent perpendiculairement en bas et pénètrent dans les orifices vasculaires.

E. Par suite de la formation de ces espaces sanguins, le tissu décidual situé entre les éléments vasculaires correspondants, se trouve séparé du stroma utérin auquel il adhérait, et transformé en îlots sur lesquels les villosités, qui ont poussé à ce niveau, se fixent solidement. Il se produit assez facilement, au niveau de la partie supérieure de ces îlots, des excrétions de fibrine. Le sang les bat continuellement, et ils vont en s'atrophiant toujours, de plus en plus. Toutefois, on en retrouve quelques vestiges sur les placentas à terme.

Les villosités qui remplissent un semblable sinus, paraissent donner lieu à un cotylédon du placenta à terme. Les villosités d'espaces sanguins voisins, traversent, en allant les unes vers les autres, le tissu décidual qui séparait ces espaces. D'autre part, les vaisseaux du tissu interstitiel sont ouverts, et ces modifications successives aboutissent à la formation de l'espace intervilleux, considérable, qui s'étend à toute la surface du placenta. *Les espaces intervilleux ne sont autre chose que des espaces sanguins et glandulaires, maternels, fusionnés et agrandis.*

Dans le développement ultérieur du placenta, ne participe en tant que sérotine que le tiers inférieur de la muqueuse. Quelques villosités isolées poussent jusque dans la musculeuse (Haftzotten).

Ce ne sont pas les villosités mais bien la sérotine qui est traversée, et en partie complètement absorbée par les villosités. L'espace intervilleux définitif n'est pas identique à l'espace intervilleux qui préexiste à la formation du placenta, bien que dans le développement ultérieur de l'arrière-faix, ces deux espaces tendent nécessairement de plus en plus à se confondre.

D'après mes recherches, *la formation entière du placenta s'accomplit dans l'intérieur de la sérotine.*

ABEL (Berlin). — Sur de nombreuses préparations microscopiques d'une *grossesse tubaire*, de 5 à 6 semaines, provenant d'une

femme âgée de 26 ans, nullipare, morte d'hémorrhagie interne, l'auteur a fait une série de constatations qu'il résume de la façon suivante :

1) L'endométrium se montre dans la première période de transformation en caduque. La couche compacte, couche cellulaire de Friedländer, n'est pas encore complètement constituée.

2) L'épithélium superficiel de la caduque utérine persiste encore au deuxième mois, bien que très altéré morphologiquement.

3) La portion de la trompe, située en dehors de l'œuf, ne subit pas d'altérations la plupart du temps.

4) Dans le voisinage de l'œuf, la muqueuse de la trompe se transforme en caduque tubaire vraie, qui acquiert son développement *maximum* au niveau des pôles de l'œuf, tandis qu'elle peut s'atrophier complètement dans la région correspondante au plus grand diamètre jusqu'à la sérotine (atrophie par compression). L'épithélium superficiel de la caduque sérotine a disparu et est remplacé par l'endothélium des vaisseaux s'ouvrant librement. Dans la profondeur des replis de la muqueuse, l'épithélium normal peut encore persister.

5) L'épithélium des villosités choriales est triple : double couche épithéliale d'origine fœtale (ectoderme), 3me couche, la plus externe, dérivée de l'endothélium des vaisseaux maternels.

5) Les espaces intervilleux sont constitués par les vaisseaux maternels fortement élargis, dont les parois ne sont pas traversées par les villosités.

De l'opération césarienne dans l'éclampsie.

HALBERTSMA (Utrecht). — Le chiffre de mortalité de l'éclampsie, malgré les progrès que l'on a faits dans son traitement médical, restant toujours élevé, l'auteur a pensé que dans les cas tout à fait critiques, l'opération césarienne permettrait de sauver à la fois la mère et l'enfant. Aussi, y a-t-il eu recours dans deux cas, et les deux fois avec un double succès.

La césarienne dans l'éclampsie a été, jusqu'à l'heure actuelle, pratiquée six fois en Hollande. Dans un seul cas, où l'opération fut faite *in extremis*, et sans suture utérine, la femme est morte. Des enfants, un seul né avant terme (commencement du 8e mois lunaire), succomba peu après l'accouchement. L'opération, non

seulement ne provoqua pas de nouveaux accès, mais mit promptement fin aux convulsions. D'autre part, l'hémorrhagie, habituellement plus considérable dans la section césarienne, loin d'avoir été nuisible, parut au contraire exercer une influence favorable.

Conclusions. — 1) Dans l'éclampsie, se manifestant vers la fin de la grossesse et au début du travail, qu'on substitue plus souvent des opérations chirurgicales inoffensives (excisions sur le col, d'après le procédé de Dürhssen, etc.). au traitement par les narcotiques et les bains chauds.

2) Dans les cas défavorables, dans ceux, par exemple, d'anurie complète, on peut, si cela est nécessaire, recourir aux opérations dangereuses.

3) Qu'on ne laisse pas la femme mourir non accouchée.

Traitement des kystes ovariques par le courant induit.

E. NOEGGERATH (Wiesbaden). — 1) Le courant employé est, en quelque sorte, quantitatif, c'est-à-dire que le fil induit est assez fort, ainsi qu'il est la plupart du temps dans les appareils d'induction les plus en usage.

2) Le pôle négatif du courant secondaire, sous forme d'une éponge humide fixée sur une poignée isolée, est appliqué dans le vagin, tandis que le pôle positif — électrode-éponge, humide — sous forme de plaque de la largeur de la paume de la main, est appliqué sur le ventre.

3) Le courant est juste assez fort pour qu'il soit seulement perçu par la malade, mais la durée de la séance est au moins de demi-heure, encore se prolonge-t-elle, dans la suite du traitement, jusqu'à une heure. Il suffit de trois applications par semaine.

Le traitement est poursuivi jusqu'à ce qu'on ait constaté une diminution notable (6-8 semaines), puis l'on attend l'action éloignée du traitement, qui manque rarement. Les indications spéciales de cette thérapeutique sont les grosses masses de kystes proliférants, uni et multiloculaire, de petit et moyen volume.

Dans ces cas, le traitement électrique s'est montré extrêmement efficace. Il est beaucoup plus actif que le courant constant dans les cas de fibro-myômes. L'échec du traitement permet de conclure à la malignité de la tumeur.

De la dilatation de l'utérus.

VULLIET (Genève), présente une série de moules de la cavité utérine, pris sur le vivant après dilatation de l'utérus.

La méthode de dilatation de l'auteur rend des services pour le diagnostic et pour le traitement.

1) On peut pousser la dilatation au point qu'il est possible d'inspecter la cavité utérine.

2) Cette méthode permet de maintenir la dilatation, aussi longtemps qu'on le désire, sur un point spécial de l'utérus, lorsqu'on ne peut établir de suite le diagnostic.

En tant que moyen thérapeutique, l'auteur lui accorde les avantages suivants :

1° Elle permet le tamponnement de la cavité utérine, qui assure le drainage et qui mérite d'être recommandé dans les processus inflammatoires chroniques et dans les catarrhes.

2° La muqueuse utérine devient facilement accessible au traitement (lavages, applications de substances médicameuses répandues à l'état de poudre sur des bandes de gaze, curettement, cautérisation).

3° La dilatation étendue de l'utérus permet l'incision des fibromes intrapariétaux et favorise leur expulsion ou leur mobilisation à travers les voies naturelles.

4° Le tamponnement de l'utérus dilaté peut être employé avec succès dans les cas de flexions utérines. On peut, d'après la méthode de Schultze, détruire des adhérences de l'utérus, avec les doigts introduits dans la cavité de l'utérus dilaté.

5° Action hémostatique du tamponnement soit dans les hémorrhagies causées par des myômes, soit dans les hémorrhagies *post partum*.

Sarcome de l'utérus.

KALTENBACH (Halle). — L'auteur communique 7 cas de sarcome de l'utérus, qui en représentent presque complètement toutes les formes, tous les stades, toutes les combinaisons : 2 fois, le néoplasme était exclusivement circonscrit dans le corps ; 3 fois exclusivement dans le col. Entre le sarcome fibreux et le sarcome

muqueux diffus existaient plusieurs types intermédiaires. Dans un cas, il s'agissait d'un polype sarcomateux du col, de la grosseur d'une tête fœtale ; simultanément, toute la surface utérine du col de l'utérus était envahie par un sarcome diffus de la muqueuse, et le fond de l'utérus était le siège d'un myôme, atteint de dégénérescence cancéreuse.

Dans un autre cas, indépendamment du col qui était altéré dans toute l'épaisseur de sa paroi, le corps contenait un certain nombre de nodules, du volume d'une aveline, remplis d'un liquide sanguinolent et d'une substance molle, semblable à de la substance cérébrale. 2 nodosités semblables, métastatiques se trouvaient au voisinage du méat urinaire, on les enleva en même temps. Dans les 7 cas, après confirmation du diagnostic par l'examen microscopique, on fit l'hystérectomie totale, 6 fois par le vagin. une fois, à cause des dimensions du sarcome, qui occupait le corps de la matrice, on dut adopter la voie abdominale ; on eut soin tout d'abord de désinsérer aussi haut que possible le col du vagin, puis on appliqua une ligature élastique, pour empêcher l'issue du liquide ichoreux.

Toutes les opérées supportèrent très bien l'opération. Toutefois, 2 succombèrent au bout de 4 à 8 mois à des récidives ; d'ailleurs, ces femmes ne s'étaient présentées qu'à une époque déjà très avancée de la maladie. Une autre opérée reste bien portante depuis 2 ans 1/2 et peut se livrer aux travaux des champs, les plus durs. Les autres femmes sont actuellement bien portantes, mais elles n'ont été opérées que dans le cours de l'année. Ces malades étaient âgées de 25 à 47 ans.

Dans les 2 cas de récidive, celle-ci se fit, sous forme de noyaux diffus, dans le bassin et dans la cavité abdominale; dans un cas, il y eut compression des uretères, rétention absolue de l'urine dans les bassinets et urémie.

Dans une 8e observation, celle d'une jeune fille de 15 ans, chez laquelle l'auteur avait pratiqué l'amputation supra-vaginale de l'utérus, qui s'élevait jusqu'à l'ombilic, la récidive se fit sous forme de noyaux multiples, sur les ganglions rétropéritonéaux, de chaque côté de la colonne vertébrale, et amena la mort au bout d'un an et demi.

Un 9e cas, inopérable en raison de la période avancée du processus (perforation de l'utérus, péritonite), présentait, au point

de vue étiologique, un point intéressant. La malade avait accouché 1 an 1/2 auparavant d'une vésicule hydatique énorme. Comme Léopold à signalé un fait semblable, il ne paraît pas douteux que le sarconne du corps ait eu son point de départ dans certaines portions du myxome du chorion restées dans la paroi utérine. C'est là une confirmation de l'opinion émise pour la première fois par Virchow, que le myxome du chorion, tout comme une tumeur maligne, peut user, et même perforer la paroi de la matrice.

Du tissu cellulaire pelvien.

FREUND (Strasbourg) présente une série de coupes pratiquées à travers le tissu cellulaire pelvien, normal et malade. Il traite des maladies correspondantes (paramétrite aiguë, abcès, paramétrite chronique atrophique, échinocoques, tumeur de l'ovaire intraligamentaire), et insiste sur l'importance de l'étude du tissu cellulaire pelvien sur des coupes horizontales et sagittales.

De l'électrolyse dans le traitement des tumeurs utérines.

SPANTON (Hanley, Angleterre). D'après l'auteur, le traitement électrique, d'après la méthode d'Apostoli, réduit le volume des tumeurs utérines, supprime les hémorrhagies, et délivre les femmes des douleurs provoquées par les tumeurs. Il communique plusieurs cas, dans lesquels il a eu recours à des courants de 100-285 milliampères; dans quelques-uns de ces cas la tumeur disparut complètement et le retour à la santé fut parfait.

Léop. MEYER (Copenhague). D'une manière générale, l'auteur aurait retiré de bons résultats du traitement des fibromes par le courant galvanique. Ces résultats sont surtout symptomatiques. En terminant, il adresse des remerciements au Dr Apostoli pour l'impulsion qu'il a su imprimer au traitement électrique, en gynécologie.

Des courants continus, dans le traitement des fibromes utérins et des ovaro-salpingites suppurés.

M. le Dr Georges GAUTIER (de Paris) fait une communication *sur le traitement des fibromes utérins et de l'ovaro-salpingite sup-*

purée par les courants continus. En voici les conclusions sommaires : 1° Depuis huit années, il prend part aux tentatives d'applications de l'électricité en gynécologie ; aussi, il lui est facile de se faire une opinion sur les perfectionnements de la méthode d'Apostoli dont il a été le premier assistant. 2° Il prétend que la guérison symptomatique des fibromes est en rapport avec l'intensité électrique utilisée, que cette intensité est proportionnelle à la tolérance variable des malades ; que le pôle positif est sans conteste, au-dessus de 100 milliampères, hémostatique et antiseptique, que l'action locale est secondaire alors que l'action interpolaire est plus efficace et indispensable à utiliser ; que cette action interpolaire sur les fibromes, justifie la galvanocaustique intra-utérine et surtout la galvanopuncture qui est le procédé de choix, car elle abrège la durée du traitement, augmente la régression des fibromes et diminue les récidives. 3° Il rappelle sa statistique ancienne de 67 cas (mémoire lu à l'Académie de médecine de Paris, avril 1890) et rapporte 28 cas nouveaux, en faisant observer, que ses malades ont été soignées moins longtemps, que les premiers résultats ont été plus rapides, que la guérison symptomatique se maintient et que, dans deux cas, des masses énormes de fibro-myômes sous-péritonéaux, ont diminué dans des proportions d'un 1/3 et que ces deux malades, après 8 et 12 séances, dont 2 galvanopunctures à chacune, ont pu reprendre des occupations fatigantes et bien se porter. Il mentionne que le pôle positif produit dans l'utérus une cautérisation complète de la muqueuse qu'elle dessèche et que l'examen microscopique après l'hystérectomie démontre qu'à une dose très élevée (100 m. m.) la muqueuse seule est intéressée par cette cautérisation (Sneguireff). 4° Dans les ovaro-salpingites suppurées, il ne conseille que la galvanocaustique chimique négative, à faible intensité, de 20 à 80 m.m. Ses malades au nombre de 8, avaient consulté des chirurgiens qui unanimement conseillèrent la laparotomie ; sous l'influence du traitement galvanique la suppuration a diminué ainsi que les douleurs, et la restauration des forces a été manifeste. Ces résultats qui ne sont pas éloignés, ne lui permettent pas de porter des conclusions et ils seront le but d'un prochain mémoire. 5° En résumé, il s'appuie sur une pratique déjà longue, pour donner la préférence à la galvanopuncture, comme traitement de choix des fibromes de l'utérus, qu'il faut utiliser avec une antisepsie

parfaite et pour condamner les applications extra-utérines, dont le modus faciendi, repose sur une théorie fausse et dont les résultats sont illusoires.

Tumeurs compliquant la grossesse et le travail.

CALDERINI (Parme). Obs. I). Tumeur de l'ovaire compliquant la grossesse ; tumeur très mobile située tantôt en avant tantôt en arrière de l'utérus. Ovariotomie pendant la grossesse ; accouchement normal, à terme. Obs II. Myôme du col compliquant l'accouchement, énucléation du myôme *sub partu ;* terminaison régulière de l'accouchement.

Traitement de l'éventration abdominale consécutive.

BALANDIN (St-Pétersbourg) dans un cas d'éventration étendue de l'ombilic à la symphyse fit, de chaque côté de la portion éventrée, une incision verticale des téguments et du tissu cellulaire sous-cutané, ne s'arrêtant qu'après avoir entamé les muscles. Relevant alors les parties latérales du pont de peau médian (ancienne cicatrice) et les retournant vers la ligne médiane de manière à avoir une face cruentée superficielle, il sutura au catgut leurs bords l'un à l'autre. Puis, attirant au-dessus du canal, ainsi constitué par l'enroulement de la surface cicatricielle sur elle-même, les lèvres externes des incisions droite et gauche primitivement tracées, et les suturant l'une à l'autre, il doubla ce canal d'une nouvelle couche cutanée-musculaire.

Pansement au diachylon suivant la technique d'Hégar, bandage circulaire par-dessus le tout.

De la trachélorraphie à lambeaux.

DUHRSSEN (Berlin) (1).

De l'extirpation de la vessie.

PAWLIK (Prague). Le 16 juin 1888, une femme entre pour la

(1) Voy. *Ann. de gyn. et d'obs.*, avril 1890, p. 317 et *Samml., Klinisch. Vort.*, 1890, n° 6.

première fois à la Clinique pour une hématurie persistante. Le cathétérisme des uretères permet d'écarter l'hypothèse d'une hématurie d'origine rénale. De plus, après dilatation de l'urèthre, on constate, aussi bien par l'exploration digitale qu'au moyen de l'endoscope, la présence d'un polype, finement pédiculé. Par l'orifice d'une fistule vésico-vaginale artificiellement établie, ablation du polype au thermocautère ; puis, fermeture de la fistule ; guérison complète. La femme quitte la Clinique le 28 juillet 1888.

Un an plus tard, le 11 juillet 1889, cette femme revient à la Clinique. Elle est très affaiblie. Pendant 8 mois après l'opération, elle a été très bien portante, pas de perte de sang ; mais, ensuite, l'hématurie a reparu pour ne plus cesser. A l'examen endoscopique, on découvre une masse papillomateuse, insérée largement, et l'on conclut à la malignité du néoplasme, conclusion qui fut plus tard confirmée par l'examen microscopique. Il y a urgence à une intervention radicale.

Plan de l'opération. — Amener et fixer les 2 uretères dans la paroi vaginale antérieure, exciser ensuite la vessie, et créer une vessie nouvelle en utilisant la portion restante de l'urèthre et le vagin.

1[re] *séance opératoire*, le 3 août 1889. — Après introduction d'un cathéter métallique dans chaque uretère, la femme est placée dans la position génu-pectorale. Puis, incision du vagin le long de l'uretère sur une longueur de 2 centim., dissection de l'uretère, incision d'un centimètre sur la paroi postérieure de ce canal ; au-dessous de cette incision, ligature de l'uretère qui est ensuite séparé de son extrémité vésicale, enfin suture de l'orifice urétéral à la plaie vaginale. Cette opération naturellement fut faite sur les 2 uretères, d'où la création de 2 fistules urétéro-vaginales.

2[e] *séance opératoire*, le 27 août ; extirpation de la vessie. Laparotomie, et, sans intéresser le péritoine, dissection de la vessie (remplie au préalable d'une émulsion iodoformée de façon à la rendre bien reconnaissable), jusqu'à l'orifice uréthral interne. Évacuation de la vessie, et tamponnement avec de la gaze iodoformée de la cavité sus-vésicale pour prévenir toute hémorrhagie. Incision transversale immédiatement au-dessus de la saillie faite par l'urèthre de la paroi vaginale antérieure, et à travers cette incision, rendue suffisamment large, abaissement de la vessie dans le vagin, et excision de cet organe au niveau de l'orifice uré-

thral interne. (A ce moment, l'opérée tombe dans le collapsus, on injecte sous la peau 300 gr. de la solution physiologique, chaude, de sel marin ; le collapsus cesse.) On suture la paroi vaginale antérieure avec le rebord antérieur de la plaie uréthrale, tandis que le rebord postérieur de celle-ci ainsi qu'un avivement circulaire de l'entrée du vagin sont utilisés pour une kolpokleisis transversale. Avant de nouer les fils à ligature, on introduit à travers l'urèthre dans les uretères un cathéter élastique. Fermeture de la plaie abdominale jusqu'à son angle inférieur, par où sortent les chefs de la gaze iodoformée.

La kopokleisis, dont la terminaison dut être hâtée à cause des accidents de collapsus, échoua ; de plus, il resta au niveau de la tentative de réunion de la paroi vaginale antérieure avec le rebord antérieur de la plaie uréthrale une fistule, qui ne se ferma qu'au bout de 8 mois. Une nouvelle tentative d'occlusion du vagin, faite le 20 juin 1890, échoua également.

Le 18 juillet, Pawlik pratiqua une colpokleisis sagittale, qui réussit sauf la persistance d'une fistulette située immédiatement en arrière de l'urèthre. Couchée, la malade retient déjà l'urine longtemps ; mais, quand elle se lève, l'urine s'écoule par la fistule. Elle se rend parfaitement compte quand la nouvelle vessie, d'une capacité de 400 gr. environ, est distendue par l'urine, et elle réussit à l'évacuer, volontairement, par la contraction des muscles périnéaux. Il paraît non douteux, si cette fistule se ferme, et d'après les constatations déjà faites, que cet organe, artificiellement créé, possèdera une puissance de contention suffisante. Quoi qu'il en soit, c'est un résultat déjà satisfaisant que cette femme, exposée il y a un an à une mort imminente, puisse actuellement supporter une somme sérieuse de fatigues.

Contribution à l'étude du traitement hydrostatique de l'inversion chronique de l'utérus.

L. Ad. Neugebauer (Varsovie). L'auteur relate en faveur du traitement de l'inversion utérine, par la pression continue exercée sur l'utérus inversé au moyen d'un ballon en caoutchouc de plus en plus distendu avec de l'eau, le cas suivant : femme, âgée de 22 ans, atteinte, depuis un accouchement survenu deux années auparavant, d'inversion utérine. Au moment où la femme,

extrêmement affaiblie par les pertes de sang, se présenta à la Clinique, on releva les particularités suivantes : existence dans le vagin d'une tumeur à grand axe longitudinal, ovoïde, un peu aplatie, quelque peu élastique et mobile, occupant les 2/3 supérieurs du vagin, à grosse extrémité dirigée en bas, et comme appendue à un pédicule. Autour du pédicule, sillon accusé, ou plutôt gouttière entre le pédicule et la marge de l'orifice externe. Surface de la tumeur lisse, et recouverte d'une muqueuse présentant une coloration rouge très vive. A l'exploration bimanuelle, constatation entre les ligaments larges, d'une dépression infundibuliforme, qui confirma le diagnostic d'inversion de la matrice. Le traitement qui consista dans l'application, après nettoyage rigoureux du vagin, d'un ballon en caoutchouc, dans lequel on injecta une quantité d'eau qui fut portée successivement à neuf onces, douze onces, quinze onces, dut être interrompu le 10 juin à cause de l'apparition des règles. Il fut repris le 13 juin. Chaque jour, on enlevait le ballon et on faisait un lavage minutieux du vagin. Le 27 juin, après 17 applications de l'appareil, la réduction de l'utérus inversé était obtenue. Quelques jours après, il était impossible de retrouver la moindre trace de l'état pathologique antérieur. D'après Neugebauer, les avantages du ballon hydrostatique sur le ballon rempli d'air résultent de l'incompressibilité à peu près complète de l'eau, tandis que l'air est compressible.

Sur un cas de suicide d'une femme enceinte.

F.-L. NEUGEBAUER (Varsovie). — Cette observation que l'auteur relate minutieusement par le détail, et qu'il accompagne de nombreux commentaires, est fort intéressante. Obligation nous est, toutefois, de la résumer. Une jeune fille de 20 ans, arrivée au dernier mois de la grossesse, se jette par la fenêtre, d'un troisième étage. Dans sa chute, elle se fait un grand nombre de lésions : fracture du crâne, fractures multiples des os de la face, fractures multiples du bassin, diastase en avant des deux articulations sacro-iliaques, et *fracture triple de la dernière vertèbre lombaire* (il y avait 6 vertèbres lombaires, la dernière soudée par son apophyse transverse droite à l'aile du sacrum, disposition qui avait diminué ou aboli la mobilité physiologique de cette vertèbre sur l'os sacré,

et par suite favorisé la fracture triple constatée à la nécropsie), fracture de la racine de l'arc ; *fracture de la portion interarticulaire* due à une exagération considérable, sous l'influence du choc, de la lordose lombaire normale, et à l'action sur cet arc de l'apophyse articulaire inférieure de la vertèbre située au-dessus ; fracture de l'apophyse épineuse de l'avant-dernière vertèbre lombaire. La colonne lombaire fournissait donc à l'auteur un exemple de cette variété de fracture, recherchée par lui depuis plusieurs années : fracture de la portion de l'arc dite interarticulaire, type considéré par beaucoup d'autres auteurs comme purement imaginaire. Neugebauer, dont on connaît les laborieuses et intéressantes recherches sur tout ce qui a trait au glissement vertébral, accorde au contraire à cette lésion, une importance étiologique considérable. Et, d'après lui, *bon nombre de ces cas de fentes interarticulaires, et par conséquent d'olilesthésis survenant en raison de la prédisposition au glissement créée par celles-ci, doivent directement leur origine à une fracture de l'arc due à une hyperflexion en arrière de la colonne lombaire*, produite par une chute sur le siège ou par les efforts faits en soulevant de lourdes charges.

Il existait, en outre, une triple déchirure de la matrice, l'une *perforante*, située au point de la région utérine comprise entre la tête fœtale et la région de la paroi abdominale qui avait porté dans la chute, les deux autres superficielles. La femme succomba 5 heures après l'accident, et l'opération césarienne pratiquée, conformément au texte de la loi, sur la femme morte, permit de constater, en même temps que la rupture utérine, que l'enfant était passé dans la cavité abdominale. Cet enfant était mort, portait une fracture du crâne, et présentait un état de rigidité anatomique, et une disposition des extrémités analogue à celle que l'on observe chez les enfants nés en état d'asphyxie, aux premiers mouvents inspiratoires. Au cours de son analyse, l'auteur se demande si dans un cas semblable une intervention plus hâtive, ne laisserait pas quelque chance de sauver la mère ou l'enfant, peut-être les deux existences ?

Du traitement du moignon dans l'opération de Porro.

F. FRANK (Köln). L'auteur, dès 1881 (1), proposait de terminer

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1881, n° 25.

l'opération de Porro par l'inversion du moignon dans le vagin. Depuis cette époque, il a appliqué ce procédé 6 fois, en le simplifiant peu à peu. Voici comment il se propose de le réaliser à l'avenir : après la castration, inciser l'utérus dans sa portion supérieure, saisir les bords de l'incision dans des ligatures avec des fils de soie, faire passer ces ligatures dans le vagin, inverser tout l'utérus, et par le vagin appliquer le lien élastique, puis inciser la matrice, etc. L'auteur attribue à ce procédé opératoire les avantages suivants :

1) La méthode d'inversion du pédicule a pour elle la sécurité du traitement extra-péritonéal, en même temps que la rapidité de la guérison dans le traitement intra-péritonéal et le côté brillant de celui-ci. Sur 6 cas, elle a permis de sauver 11 existences, résultat fort satisfaisant, surtout si l'on songe qu'on réserve l'opération de Porro pour les cas les plus difficiles. Les opérées peuvent quitter la clinique de 14 jours à 3 semaines après l'opération.

2) Le moignon inversé se retourne peu à peu. Après 12-14 jours, on constate que la portion vaginale s'est reformée.

3) Il n'a jamais été observé d'hémorrhagie secondaire.

4) Les risques d'infecter la cavité abdominale par le vagin sont minimes, si l'on a soin de réunir tous les fils par un nœud, de saisir celui-ci avec une pince et de le conduire dans le vagin, de le confier ensuite à un aide.

5) L'inversion de l'utérus ne comporte aucune difficulté même dans les cas où l'orifice interne n'est pas complètement dilaté, ce qui se conçoit parfaitement si l'on songe que l'on met à profit, non seulement les tractions exercées par en bas, mais la pression exercée par en haut.

HILLISCHER. **Appareil pour la narcose au moyen des gaz anesthésiques.** — L'auteur s'est efforcé de permettre avec cet appareil de savoir, à chaque instant, dans quelle proportion se trouvent mélangés les gaz employés.

Tracés graphiques de l'impulsion du cœur fœtal.

PESTALOZZA (Pavie). Ces tracés ont été obtenus dans des circonstances tout à fait spéciales. Chez une parturiente, enceinte de 2 jumeaux, on remarqua, pendant la période d'expulsion du 1ᵉʳ en-

fant, sur la paroi abdominale, dans un point correspondant au fond de l'utérus, l'existence de pulsations régulières, très appréciables à la vue et à la palpation. Après s'être assuré qu'elles étaient indépendantes de la circulation maternelle, qu'elles appartenaient bien au fœtus, qu'elles se produisaient 140 fois par minute, on en prit plusieurs tracés graphiques. Et de l'examen de ces tracés il résulte, constatation en opposition avec l'opinion acceptée par la plupart des accoucheurs, que *le pouls fœtal ne serait modifié par les contractions utérines ni dans son intensité ni dans sa fréquence.*

Péritonite après rupture d'un hématome ovarique. Laparotomie. Guérison.

Boldt (New-York). L'examen microscopique révéla un endothéliome en voie de transformation angiomateuse, avec formation d'un hématome. 200 grammes de sang et de caillots. Les espaces sanguins de nouvelle formation dérivaient sans doute des veines de l'ovaire dilatées. Boldt, d'accord avec Jones, considère ces endothéliomes, qui ne s'accompagnent d'aucune tumeur volumineuse de l'ovaire, comme les produits d'une inflammation plastique de l'organe.

Bassin à double synostose sacro-iliaque sans rétrécissement transversal.

Sabatier (Lyon). Les 12 bassins, avec ankylose sacro-iliaque bilatérale, connus jusqu'ici, peuvent être classés en 2 groupes : 1) *bassin dit de Robert*, reconnaissant une origine spontanée, et caractérisé par un abaissement du sacrum dans l'excavation. Le poids du tronc tend à enfoncer le sacrum de plus en plus. Les ligaments articulaires sont tiraillés et, dans une période plus tardive, il se développe une double arthrite qui aboutit à l'ankylose bilatérale ; *il y a atrophie des ailes du sacrum et rétrécissement du diamètre transverse* ; 2) *bassin de Robert Dubois*, d'origine traumatique. Fracture pelvienne, arthrite (le plus souvent suppurée), ankylose et atrophie des ailes du sacrum, déterminant, comme dans le 1er cas, un *rétrécissement transversal*. Mais, ici le sacrum ne s'enfonce pas dans le bassin, or, à ces deux variétés, il faudrait en ajouter une 3e, représentée par un bassin, jusqu'ici

unique. Ce bassin, qui provient d'une femme adulte, offre une double ankylose sacro-iliaque, d'origine spontanée, sans aucune trace de processus inflammatoire. Il ne s'agit pas d'un « bassin de Robert », car *le sacrum n'est pas enfoncé dans le bassin, il n'existe pas d'atrophie de cet os, et par suite pas de rétrécissement transversal.*

L'auteur pense qu'il s'agit là d'une déformation de nature rachitique et remontant aux premières années de la vie.

Observation unique jusqu'ici de bassin épineux avec synéchie utéro-sacrée. Contribution à l'étude des bassins rétrécis atypiques.

F.-L. NEUGEBAUER (Varsovie). Schröder, à l'autopsie d'une femme qu'il avait jadis opérée d'une fistule vésico-vaginale consécutive à un premier accouchement, et morte à la suite d'un second accouchement, constata, outre la cicatrice de la fistule, une seconde cicatrice, vestige d'une autre lésion des parties molles comprises entre la paroi pelvienne postérieure et l'utérus, ainsi qu'une exostose du bassin mesurant 1 1/2 cent. Hofmeier qui publia *in extenso* cette observation, dit au sujet de l'exostose *qu'elle semblait s'être formée sous l'influence de la traction.* De même, dans sa remarquable monographie sur le bassin épineux (Acanthopelys), Lambl a mis en cause l'effet de la traction musculaire. Cependant, il n'existait pas jusqu'ici un seul fait clinique qui éclairât la pathogénie des exostoses du promontoire. Or, voici le cas que l'auteur a eu l'occasion d'observer. Sur une femme âgée de 57 ans, morte de phtisie pulmonaire, il releva les particularités suivantes : l'utérus atrophié, petit, à parois minces, était remarquablement élevé et présentait un état d'antéflexion, à angle aigu, aussi fort remarquable. Le col était relié, en quelque sorte, au promontoire par un tissu en forme de cordon, doublé par le péritoine, et qui divisait le cul-de-sac de Douglas en deux parties. A un examen plus minutieux, on reconnut que le cordon d'union entre le col et le sacrum, émanait de l'extrémité d'une exostose de l'os sacré, mesurant environ 1 cent. Après ouverture du col, on constata une scissure (bec-de-lièvre) de la lèvre postérieure, et 2 cent. au-dessus du bord libre de la lèvre postérieure une dépression, du fond de laquelle partait la bride utéro-sacrée. D'après Neugebauer, les choses auraient évolué dans l'or-

dre suivant : à l'occasion d'un accouchement laborieux (diam. conjugué, 9 cent.), déchirure perforante de la lèvre postérieure, usure ou rupture du péritoine du cul-de-sac de Douglas, péritonite locale, réparatrice, ayant abouti à la soudure de l'espace de Douglas sur la ligne médiane et à l'union de l'utérus, par l'intermédiaire du péritoine, au promontoire ou au périoste ; et là, sous l'influence du mouvement d'involution de l'utérus, tractions sur le promontoire et formation de l'exostose. L'auteur propose d'opposer au groupe des sténoses pelviennes dues à des affections dyscrasiques du tissu osseux, un autre groupe de sténoses pelviennes atypiques dans lequel rentreraient : les rétrécissements pelviens par production d'exostoses atypiques, de tumeurs osseuses, et enfin par usure perforante et luxation fémorale intrapelvienne dans les cas de carie.

Vagino-fixation du col dans les déplacements utérins.

S.-M. Bossi (Gênes). — J'ai, dans 6 cas, eu recours à la *vagino-fixation du col*, du côté même où se trouve pathologiquement dévié le corps. L'opération se pratique de la manière suivante :

La malade couchée sur le dos, les cuisses fléchies sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses, je saisis le col de l'utérus avec la pince de Schrœder, modifiée par Mangiagalli, et je l'abaisse le plus possible. Écartant le vagin du côté où je dois opérer, j'excise une bande rectangulaire de la muqueuse du col et une bande égale de la surface vaginale correspondante, en comprenant dans l'avivement le cul-de-sac vagino-utérin.

Je passe un premier point de suture au catgut d'un bord à l'autre de la muqueuse vaginale cruentée, puis à travers la surface avivée du col au même niveau. Les deux chefs du fil sont serrés et saisis dans une pince. Le premier point doit être distant de quelques millimètres seulement du cul-de-sac vagino-cervical.

A peu de millimètres du premier point, je pratique de la même manière d'autres sutures dans toute la hauteur du rectangle.

Chaque fil est ensuite noué successivement et l'affrontement est obtenu.

Je conseille à la patiente, pendant quelques jours, de se tenir pendant la nuit dans la position génu-pectorale ou latérale, selon

la déviation corrigée, afin de maintenir plus facilement l'utérus dans la position que lui a donnée l'opération.

Cette méthode très simple aurait l'avantage d'être applicable aux déviations utérines, soit antérieures, soit postérieures, soit latérales, soit aussi à la *descente et au prolapsus de l'utérus.*

En fait, dans les prolapsus de l'utérus on conseille, outre les opérations plastiques sur le vagin et sur le périnée, la ventro-fixation de l'utérus et la colporraphie médiane.

Mais les inconvénients auxquels exposent ces deux opérations sont très remarquables.

Je conseille donc d'associer la *vagino-fixation* du col de l'utérus aux colporraphies et à la périnéorraphie. En deux cas je l'ai faite et jusqu'à présent je m'en trouve très satisfait. Les conditions *sine qua non* sont que l'utérus ait conservé sa consistance normale et sa mobilité. Avec ces deux conditions, en fixant le col du côté où le corps est dévié, celui-ci reprend sa position par un mouvement de levier imprimé au col. Il en résulte que ce moyen curatif doit être plus efficace dans les versions que dans les flexions utérines.

Jusqu'ici je ne possède que six cas opérés.

Aussi je me limite à cette simple note en attendant que je puisse apporter un nombre suffisant de succès qui prouvent l'utilité de la *vagino-fixation du col utérin.*

Contribution à l'étude de la muqueuse normale de l'utérus.

BOLDT (New-York).— Dans de nombreux examens microscopiques, l'auteur a fait une série de constatations intéressantes qu'il résume comme il suit : toutes les glandes utriculaires, aussi bien du col que du corps de l'utérus, sont accompagnées d'une couche de filaments musculaires lisses, qui affectent une disposition réticulaire. Ces tractus musculaires ont des connexions avec les faisceaux musculaires de la paroi utérine et avec les éléments musculaires, qui sont disséminés dans le tissu lymphoïde de la muqueuse. Les muscles glandulaires acquièrent leur plus grand développement au niveau de la zone intermédiaire à la muqueuse et à la musculeuse, ils vont en diminuant de plus en plus vers la surface de la muqueuse. Toutefois, ils accompagnent les glandes jusqu'au niveau de leur orifice excréteur. Leur rôle physiologique

consiste vraisemblablement à faciliter le déversement des produits de sécrétion dans la cavité de l'utérus.

Du pouvoir de contraction de l'utérus et de son importance pratique.

ARENDT (Berlin). — De légères excitations de l'utérus, l'exploration simple déterminent des contractions de l'organe ; des excitations plus vives (massage, pressions), provoquent des contractions plus énergiques. C'est d'abord la paroi postérieure qui bombe, puis l'antérieure ; il y a diminution de l'organe en longueur, augmentation, quoique très peu marquée, en largeur et en épaisseur, somme toute : changements de dimensions, de forme, de consistance. La durée et l'énergie de la contraction dépendent des qualités du tissu utérin. On peut utiliser la provocation artificielle de contractions au traitement de la métrite chronique, de l'endométrite, de l'hyperhémie utérine, de la subinvolution, de la stase veineuse et de quelques cas de rétroflexion.

Présentation de pièces.

MACKENRODT (Berlin). a) *Kyste ovarique, prolifère, contenant dans ses parois 2 kystes dermoïdes, de la grosseur du poing, séparés ;* b) une série de pièces pathologiques, *abcès de l'ovaire non d'origine puerpérale*, qui étaient associés à des affections tubaires, uni ou bilatérales. Le principal intérêt de ces faits réside précisément dans l'absence dans leur étiologie d'accidents puerpéraux, accidents auxquels on attribue généralement un rôle pathogénique prépondérant. De l'examen attentif des faits, il résulte qu'il faut, indépendamment de la puerpéralité, faire rentrer dans l'étiologie des abcès de l'ovaire, le catarrhe intra-utérin et la thérapeutique intra-utérine.

De la vie sexuelle de la femme après la castration.

F. KEPPLER (Venise). L'auteur a fait 46 fois la castration, et 39 fois obtenu une guérison complète ; 21 fois en raison d'une salpingite purulente ou gonorrhéique, 8 fois pour oblitération cicatricielle de la trompe, 1 fois pour oblitération congénitale de la

trompe, 4 fois pour oophorite et salpingite de nature tuberculeuse, 1 fois à cause d'un utérus rudimentaire, 9 fois à cause de fibromes de la matrice.

1) Lorsque l'opération fut pratiquée pour une salpingite ou un processus inflammatoire, *jamais*, il ne survint dans la suite d'hémorrhagie utérine.

2) Le diamètre conjugué s'est raccourci peu à peu, d'autant plus que le sujet était plus jeune (jusqu'à 3 cent).

3) L'utérus s'est également atrophié et d'une manière continue, de 8 cent. à 2 cent. en l'espace de 10 années ; pareillement, le vagin est devenu plus court et plus étroit, et sa muqueuse plus pâle ; les grandes lèvres se sont amincies.

4) Les seins sont devenus plus petits, semblables aux seins des hommes.

5) Les pigmentations brunes du mamelon, de l'aréole, etc, ont complètement disparu aussi bien que les productions pigmentaires pathologiques. La peau elle-même est devenue remarquablement blanche.

6) La tendance à l'embonpoint, généralement signalée, n'existe pas.

7) Pas d'altérations du système pilaire ni de la voix.

8) L'appétit sexuel persiste absolument intact, d'autant mieux caractérisé que l'opération a été faite à une époque plus rapprochée de l'instauration des règles.

9) L'opération ne crée aucun obstacle au mariage, car 3 de ces femmes castrées se sont mariées et le ménage vit heureux depuis des années.

10) Le mariage avec une femme castrée est le type idéal du mariage malthusien, c'est la seule manière de pratiquer le malthusianisme sans compromettre la santé et le bonheur des intéressés.

11) Il ne s'est manifesté aucune sorte de névrose chez les femmes castrées dans leur jeunesse à cause d'affections inflammatoires, tandis que cette complication s'est montrée fréquemment chez des femmes opérées sur le tard pour des fibromes utérins.

12) Les hémorrhagies liées à la présence de fibromes de la matrice ont été favorablement influencées par l'opération ; jamais, toutefois, la ménopause artificielle n'est arrivée immédiatement.

13) Les femmes arrivées déjà à l'âge adulte, et opérées pour des

tumeurs fibreuses de l'utérus, ont perdu complètement à la suite de la castration les désirs sexuels.

Du mécanisme de l'accouchement et de la mensuration du bassin sur la femme vivante.

Balandin (St-Pétersbourg). Veit nie que le détroit supérieur influe sur le mécanisme de l'accouchement, tandis que Zweifel, d'accord avec la plupart des auteurs, admet cette influence. Cette divergence de vues tient à ce que les deux opinions sont fondées sur la considération de pièces anatomiques différentes. En réalité, il existe deux types de bassin bien différents. Dans le 1er, celui étudié par Veit, si l'on mène un plan passant par le promontoire et le bord supérieur de la symphyse pubienne, c'est-à-dire, contenant le diamètre conjugué, ce plan coupe les os innominés presque à la hauteur des crêtes iliaques, bien au-dessus par conséquent du diamètre transverse du détroit supérieur; dans ce cas, le promontoire n'agit sur la tête fœtale qu'exceptionnellement, au cas de rétrécissement pelvien. Dans le 2me type de bassin, celui étudié par Zweifel, ce plan mené suivant le diamètre conjugué est beaucoup plus profond, il coupe les os iliaques plus bas, et passe tout près du diamètre transverse du bassin, le promontoire proémine fortement sur la ceinture osseuse et est bien disposé, même lorsque le bassin est normal. pour ramener la tête fœtale dans le diamètre transverse. Or, ces 2 types, si dissemblables de bassins, sont communs, aussi s'explique-t-on la diversité d'opinions qu'ils ont causée. Toutefois, le type, à diamètre conjugué profond, paraît s'éloigner du type normal.

D'autre part, ces faits montrent pourquoi les moyens, perfectionnés à la vérité, de mensuration du bassin sur le vivant, indiqués par Skutsch, ne résolvent pas complètement la question; puisque deux bassins, ayant des diamètres obliques et conjugués, égaux, peuvent influer sur le mécanisme de l'accouchement d'une manière très différente.

De la question de l'accouchement prématuré (1).

Balandin (St-Pétersbourg). — Cette communication repose sur

(1) Voir *Annales de gynécologie,* août, p. 114.

43 accouchements prématurés, pratiqués par l'auteur lui-même, avec seulement l'assistance d'une sage-femme expérimentée.

On s'efforce surtout de réaliser une asepsie aussi entière que possible des organes génitaux, des régions voisines, des instruments et objets employés, etc. Les deux procédés de provocation du travail, habituellement employés, sont l'application de la sonde-bougie et la ponction des membranes; de plus, comme opérations auxiliaires, on a recours aux douches, aux injections entre l'utérus et l'œuf (solution boriquée à 2 p. 0/0, ou eau stérilisée à 27° R.) et à l'électricité.

L'introduction de la sonde n'agit souvent que lentement, après plusieurs jours, après plusieurs semaines, parfois même pas du tout. Il semble que l'efficacité de ce procédé décroît d'autant plus que l'on réalise une antisepsie plus rigoureuse. Par contre, le séjour prolongé de la sonde ne s'est jamais accompagné de la plus légère réaction fébrile, et n'a jamais été l'origine d'accidents consécutifs.

Les contractions utérines, après la ponction des membranes, peuvent en certains cas ne survenir que tardivement, ou même faire absolument défaut. Il en est surtout ainsi quand on a affaire à des utérus peu excitables, à parois relâchées. Dans un cas, il y eut, après rupture des membranes, écoulement intermittent d'eau durant huit jours, sans apparition de contractions.

En semblables circonstances, il faut souvent recourir à d'autres opérations. Le plus souvent, l'auteur a fait la dilatation digitale du col, pratiqué la version d'après la méthode de Braxton Hicks, abaissé un pied et procédé lentement à l'extraction.

De toutes les *mères, pas une n'a succombé*. Mêmes celles chez lesquelles la marche de l'accouchement a été très prolongée, et qui de ce fait se trouvaient fort déprimées, celles aussi chez lesquelles il fallut pratiquer la dilatation et l'évacuation manuelle de l'utérus, toutes, en un mot, restèrent avant, pendant l'accouchement et les suites de couches, sans présenter la moindre réaction fébrile.

En ce qui concerne les enfants, depuis surtout que l'accouchement artificiel fut forcé, à propos, le pronostic s'est notablement amélioré. Dans la dernière série de 20 cas, tout en admettant qu'il faille accorder au hasard un certain rôle, il y a eu 19 enfants

vivants ; tandis que dans la 1re série la proportion des enfants vivants avait été seulement de 68 p. 0/0.

Conclusions. — L'accouchement artificiel est, sous la sauvegarde de l'antisepsie et de l'asepsie, une bonne opération pour la mère et pour l'enfant.

Toutefois, ce n'est pas toujours (difficultés de déterminer exactement le moment opportun, apparition souvent très tardive des contractions, etc.), une entreprise facile à conduire.

Le grand danger pour l'enfant, comme on le savait déjà pour la mère, est dans la septicémie. A mesure que les précautions antiseptiques et aseptiques se perfectionnent, le pronostic, quant à l'enfant, s'améliore parallèlement. Malgré la marche souvent très lente de l'accouchement prématuré, en dépit aussi des procédés chirurgicaux compliqués, sérieux, souvent nécessaires, le nombre des enfants vivants s'élève ; leur vitalité paraît même plus grande.

Il existe deux sortes d'utérus : utérus résistants, élastiques, utérus mous. Les premiers sont facilement excitables ; les méthodes usuelles provoquent toujours, plus ou moins tôt, des contractions. Toutefois, il est des cas dans lesquels on ne voit survenir que très tardivement des douleurs franches, vraiment expulsives ; parfois, même, celles-ci ne se montrent pas. Il faut alors, et sans trop attendre, procéder par d'autres opérations à l'évacuation de l'utérus.

On peut, de cette marche absolument apyrétique, dans l'accouchement prématuré, du travail et des suites de couches, en considération des moyens prophylactiques employés avant cette opération, tirer peut-être quelque enseignement utile sur la question de l'auto-infection.

Des opérations des myômes.

LAWSON TAIT décrit sa méthode opératoire, dont il met en relief les bons résultats : dans la 1re série de 50 opérations, *pas un* décès, dans la 2e *deux* décès ; dans la 3e de 219 opérations, 4 décès, soit comme chiffre de mortalité 1,8 p. 0/0.

A. MARTIN, contrairement à Fritsch, pense que pour extraire l'utérus myomateux par le vagin, il ne doit pas être de la grosseur du poing. Il est partisan de l'énucléation qui, malgré son pronostic favorable, ne s'est pas suffisamment vulgarisée. Schröder l'appelait

l'opération idéale des myômes. L'objection faite qu'elle empêcherait la conception n'est pas justifiée. Le chiffre élevé de la mortalité provient de l'état d'épuisement, de cachexie, dans lequel tombent les malades avant qu'ils se décident à une opération.

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL

118 cas d'accouchement prématuré artificiel (118 Falle von Einleitung der Künstlichen Frühgeburt), AHLFELD. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 30, p. 529.

111 fois l'indication à l'accouchement provoqué fut une sténose pelvienne, 7 fois une maladie de la mère.

Rétrécissement du bassin, variétés : a) bassins généralement rétrécis avec conservation plus ou moins parfaite des formes, 26 ; b) bassins généralement rétrécis de nature rachitique, 33 ; c) bassins rachitiques, non ou peu généralement rétrécis, 24 ; d) bassins plats, 13 ; e) bassins obliques-ovalaires, 4 ; f) bassins avec luxation bilatérale, 2 ; g) bassins infundibuliformes, 2 ; h) bassins ostéomalaciques, 2 ; i) bassins spondylolisthésiques, 2 ; k) 1 bassin est désigné simplement comme « bassin étroit » ; l) bassin par « excès d'étroitesse », 2.

Degré du rétrécissement : Dans 92 cas, le diamètre conjugué fut relevé. Après déduction de 1,75, les chiffres obtenus furent :

10 au-dessous de 7,0 centim.

57 entre 7,0 et 8,5.

25 — 8,5 — 9,75.

Ce qui donne comme longueur moyenne du diamètre antéro-postérieur, après déduction, 7,97 centim.

Ces 118 accouchements donnérent 121 enfants (3 fois, des jumeaux).

Enfants venus vivants..........	102 = 84,30 0/0.
— mort-nés..............	19 = 15,70 0/0.
Morts dans les premiers jours....	18
Avant la sortie de la mère (10-12e jour)	9

En résumé : 75 enfants étaient très bien portants à la sortie de l'hôpital = 62 0/0.

Si l'on ne considère que les enfants dont les mères avaient des bassins rétrécis, ces chiffres se modifient un peu (2 fois des jumeaux).

Sur 92 accouchements, enfants nés vivants. 86 = 85,14 0/0.
— — — morts-nés. 15 = 14,85 0/0.
Enfants vivants au moment du départ de la mère 61 = 60,39 0/0.

Si l'on rapporte ces calculs au degré du rétrécissement, on trouve que :

1° au-dessous de 7 centim., pas un seul enfant vivant sur 10.

2° de 7 centim. à 8,5, de 57 enfants 38 étaient vivants à la sortie de la mère = 66,6 0/0.

3° de 8,5 à 9,75, de 25 enfants 21 quittèrent l'hôpital bien portants = 84 0/0.

Poids moyen, déduit de 111 enfants, 2677 gr.; longueur moyenne (déduite de 114 enfants), 48,3 cent.

Les mêmes mensurations, établies d'après les poids et longueurs des 105 enfants issus de mères avec sténose pelvienne fournirent: poids moyen 2743, longueur moyenne 47,51 centim.

En ce qui concerne les mères, une seule mourut des suites de l'accouchement, de déchirures produites par le passage d'une tête volumineuse à travers un bassin atypique. 4 autres femmes succombèrent soit à des affections pour lesquelles on avait provoqué l'accouchement, soit à des affections survenues d'une manière fortuite (éclampsie, tuberculose, complications cardiaques).

Ainsi, *sur* 111 *femmes, chez lesquelles on provoqua l'accouchement pour un rétrécissement du bassin, une seule mourut des suites directes de l'accouchement.*

Suites de couches. — La température de 109 femmes fut régulièrement prise. Il y eut 75 cas absolument apyrétiques, 68,8 0/0, et 34 femmes eurent de la fièvre pendant un temps plus ou moins long. Toutefois 109 = 80 0/0, quittèrent l'hôpital, en parfaite santé avant le 12e jour.

Procédé employé. — En général, on eut recours au procédé de Krause : introduction d'une bougie flexible.

La méthode fut appliquée parfois d'emblée, parfois après d'autres méthodes préliminaires.

1° Application d'un kolpeurynter,

2° Tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée et de la gaze.

3° Tamponnement du col avec de la gaze iodoformée (sans résultat).

4° Laminaire.

5° Douches.

Très fréquemment, le procédé de Krause provoqua le travail, mais les contractions restèrent très lentes. On eut alors recours à des méthodes de renfort, pour ainsi dire :

7° Décollement du pôle inférieur de l'œuf.

8° Ballon de Tarnier.

9° Rupture des membranes avant dilatation complète de l'orifice externe (très rarement employée comme méthode primitive, mais quand on n'a pas à se préoccuper de l'enfant, on y peut utilement recourir le cas échéant).

10° Bains généraux avec sudation consécutive.

11° Version d'après Braxton Hicks.

Complications, qui survinrent à la suite de la provocation de l'accouchement :

a) Écoulement prématuré des eaux (très rarement, on observa la rupture de la poche des eaux comme conséquence de l'introduction de la bougie).

b) Hémorrhagies abondantes. Habituellement, l'introduction de la bougie s'accompagne d'une perte de sang légère ; mais, 3 fois, l'hémorrhagie nécessita le tamponnement immédiat. 2 fois, l'origine de l'hémorrhagie fut dans une insertion vicieuse du placenta, 1 fois dans un état spécial de la muqueuse vaginale, caractérisé par une disposition anormale à saigner.

c) Fièvre avant l'expulsion de l'enfant. C'est la complication la plus sérieuse et aussi la plus fréquente, elle survint 20 fois sur 109 accouchements.

2 fois seulement les phénomènes pyrétiques précédèrent la rupture des membranes (1 fois chez une tuberculeuse, 1 fois sans cause appréciable), 18 fois ils apparurent au cours d'une période d'expulsion prolongée. En certains cas, des injections antiseptiques les supprimèrent définitivement, dans d'autres d'une façon seulement transitoire.

La persistance et l'élévation marquée de la fièvre mirent cons-

tamment en danger la vie des enfants ; plusieurs succombèrent. En général, l'exacerbation des phénomènes hyperthermiques fut suivie de l'apparition des contractions énergiques, et un accouchement, jusqu'alors lent, prolongé, se termina très vite.

La plupart du temps, la fièvre cessa après la terminaison de l'accouchement, les suites de couches furent normales ou très peu troublées. Il est vraisemblable que çette fièvre est de nature septique, engendrée directement par des ptomaïnes, et qu'elle rétrocède consécutivement à l'élimination du virus par le sang, l'urine, etc., etc.

Conclusions — 1. *La provocation de l'accouchement prématuré, en dépit de l'amélioartion très marquée dans les résultats fournis par l'opération césarienne, conserve son rang parmi les méthodes aptes à sauver la vie de l'enfant dans les cas de sténoses pelviennes.* (1 seule femme morte des suites directes de l'accouchement ; 80 0/0 des mères sorties de l'hôpital après des suites de couches très bonnes ; les autres, sorties également bien portantes, seulement après des suites de couches un peu plus longues, en somme : résultat de l'opération pour les mères, très satisfaisant.)

De 101 enfants, nés dans des cas de rétrécissement du bassin, 61 = 60,39 0/0 étaient, à leur sortie de l'hôpital, à condition d'être l'objet de soins attentifs, en excellentes conditions pour continuer à se bien développer ; donc, résultat également très favorable pour les enfants.

Par contre, sur 6 cas d'opération césarienne pour rétrécissement de bassin, 2 femmes et un enfant succombèrent.

2) *La provocation de l'accouchement prématuré peut être réalisée, même dans la pratique privée, avec le procédé de Krause, toutefois la méthode donne de meilleurs résultats dans la pratique hospitalière.* (Il peut survenir une série d'incidents fortuits et de nature à nécessiter, de la part du médecin, une intervention toute différente : de là, la nécessité d'une surveillance incessante.)

3) *Il faut provoquer l'accouchement aussi tardivement que possible.*

4) *L'extrême limite, pour l'accouchement prématuré, dans le cas de sténose pelvienne, est 7 centim.*

5) *L'accouchement prématuré artificiel doit ressembler, au-*

tant que possible, dans sa marche, à un accouchement normal.

Le choix du procédé est important. En général, toutes les méthodes basées sur la rupture des membranes avant le début des contractions doivent céder le pas à celles où l'on se préoccupe de préserver la poche des eaux.

La rupture prématurée des membranes n'est justifiée que lorsque l'intérêt, la vie de la mère l'exigent, quand la vie de l'enfant n'entre plus en ligne de compte, ou quand la nécessité de réprimer certains phénomènes morbides imposent l'écoulement rapide du liquide amniotique. Enfin, l'accoucheur devant avoir pour but de faire que le travail, une fois en train, se rapproche le plus possible du type normal, s'efforcera de conserver la poche des eaux intacte jusqu'à dilatation à peu près complète de l'orifice externe, et d'avoir un accouchement par le sommet.

R. L.

Cancer du rectum comme indication de l'accouchement prématuré et comme origine d'une endémie de fièvre puerpérale. (Carcinoma Recti als Indication für die künstliche Frühgeburt und als Ursache einer Puerperalfieber Endemie), H. LOHLEIN. *Zeit. f. Geb. u. Gynäk.*, 1890. Bd. XVIII. Hft 1, p. 69.

1) La femme dont il s'agit, V pare, est au 7e mois de sa 5e grossesse. Depuis 1 an 1/4 environ, elle a des garde-robes douloureuses qui, depuis quelque temps, sont mélangées de sang et de pus. L'examen vaginal et rectal combinés, permettent de constater un cancer du rectum, développé surtout aux dépens de la paroi antérieure de l'intestin, et remontant environ du sphincter au promontoire. La paroi postérieure de l'intestin paraît indemne. Or, si l'on attend pour intervenir que l'accouchement se fasse au terme normal, on risque fort, étant donnée l'extension actuelle de la néoplasie, de se trouver alors en présence d'une tumeur inopérable. En conséquence, on provoque l'accouchement. Expulsion d'un enfant du sexe féminin, du poids de 1650 gr. *Suites de couches*, les 3 premiers jours quelque peu pyrétiques, puis très régulières. *L'enfant*, né le 6 mars, continua de se bien porter jusqu'au 13 mars. Ce jour-là, chute du cordon. L'enfant devient agité et refuse le sein. On constate au niveau des parties génitales externes de la tuméfaction et de la rougeur, qui, le jour suivant, s'étendent vers l'ombilic. Mort le 16 mars. Résultat de la nécropsie : processus érysipélateux du tégument, avec formation de bulles.

Quant à la femme, elle fut opérée de son cancer 25 jours après son accouchement et les suites opératoires furent très satisfaisantes. 2 mois plus tard, elle quittait l'hôpital et présentait à ce moment toutes les apparences de la santé.

Or, il paraît certain des constatations faites au cours de l'intervention et de l'examen de la pièce pathologique, que si l'on eût attendu, pour intervenir, la terminaison naturelle de la grossesse, il eût été impossible de faire une opération complète ; la provocation prématurée de l'accouchement se trouvait donc justifiée. L'auteur, en outre, est d'avis, qu'on serait, le cas échéant, autorisé à pratiquer l'avortement sur les mêmes indications.

2) *Endémie puerpérale.*— L'enfant de cette femme,né le 6 mars, devient malade le 13 et meurt le 16 mars des suites d'une affection érysipélateuse et bulleuse du tégument. Un second enfant, tombe malade le 15 mars, et meurt le 18 mars, tué également par une affection érysipélateuse du tégument. Enfin, une femme accouchée le 10 mars, présente des accidents infectieux et des symptômes nets de péritonite septique qui paraissent avoir débuté le 16 mars (elle guérit néanmoins). De l'enquête faite à cette occasion, il résulte que l'agent de cette endémie puerpérale a été une assistante qui avait donné quelques soins à la femme opérée pour cancer.

De ces faits, l'auteur conclut qu'il serait extrêmement important que tous les médecins s'appliquassent à faire comprendre aux sages-femmes qu'elles ne risquent pas seulement d'infecter leurs clientes quand elles ont soigné une femme atteinte d'accidents puerpéraux, que le virus infectant peut provenir aussi bien du plus petit furoncle que d'un érysipèle, aussi bien d'un simple abcès que d'un carcinome utérin en voie de putréfaction.

R. L.

Accouchement prématuré à 8 mois 1/2. Présentation de l'épaule, Version. Déflexion de la tête au détroit supérieur. Tentatives d'extraction par la méthode de M. Champetier de Ribes et la manœuvre de Scanzoni. Décollement. Application du céphalotribe sur la tête. Par M. VANHEUVERSWYN *Journal des sciences médicales de Lille* 1er novembre 1889, p. 427.

Il s'agissait d'un fœtus de 2780 grammes. Après avoir décrit ces différentes manœuvres, l'auteur s'étonne qu Scanzoni ait pu dans les mêmes conditions sauver 117 enfants sur 152. Il y a eu lieu de s'étonner de cette statistique quand on voit que la manœuvre du

célèbre professeur n'a pu, dans un cas de rétrécissement à 9 centimètres, amener un fœtus même mort.

MAUCLAIRE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Bouchard. Quelques mots sur les vices de conformation de l'utérus. *J. de méd. de Bordeaux,* 1889-90, XIX, 473. — **Cullingworth.** Report on the patient department for diseases of women, for the year 1888. *St-Thomas Hosp. Rep.,* 1888-89, Lond., 1890, n. s. XVIII, 59, **Freudenberg**. Nochmals über Naturheilkunde. *Frauenarzt*, Berl., 1890 V, 193. — **Hegar.** Zur Enstehung und Verhütung der Frauenkrankheiten. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1889. Leipz., 1890, 13. — **Lewers.** A practical textbook of the diseases of women. *Philad.*, 1890. — **Madden.** The physician's place in gynecology. Observations on the utility of constitutional treatment in the chronic diseases peculiar to women. *Am. Pract. and News.* Louisville, 1890, n. s., IX, 289. — **Rogie.** Note sur les aponévroses du périnée et du bassin. *J. d. S. méd.*, Lille, 1890, p. 240. — **Ruge (C.).** Das Mikroskop in der Gynäkologie und die Diagnostik. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft. I. 178. — **Skene.** Education and culture as related to the health and diseases of women. *Detroït*, 1889.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Döderlein.** Resorbirbares Chromsäure Katgut. *Cent. f. Gyn.*, n° 30, p. 534.— **More Madden (T.).** The physician's plan in Gynecology. Observations on the utility of constitutional treatment in the chronic diseases peculiar to women. *Prov. med. Journ.*, Leicester, 1890, p. 325. — **More Madden (Th.).** Observations on Visual. Examination in Gynæcology and on a New Speculum Illuminator. *The Dubl. med. J.*, août 1890, 121. — **Massey.** Electricity in the diseases of women with special reference to the application of strong currents. *Philad. and Lond.* 1890. — **Miller (Katherine).** Vaginal irritations in young girls. *Med. Standard*, Chicago, 1890, VII, 162.— **Pellner.** *Klinische Beiträge zur Thure-Brandt'schen Behandlung der weiblichen Sexualorgane.* Wien, 1889. — **Sänger.** Ueber operation von Geschwülsten des Beckenbindegewebes durch Perineotomie. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1889. Leipzig, 1890, 287. — **Saulmann.** Erwiederung auf die Bemerkungen des Herrn Noeggerath in n° 27 d. Bl., betreffend meinen Vrotrag über die Behandlung mit dem Konstanten Strome in der Gynäkologie. *Cent. f. Gyn,*, 1890, n° 32, p. 561.

VULVE ET VAGIN. — **Baduaud.** Des varices de la vulve au point de vue obstétrical. *Rev. méd. chir. d. mal. d. femmes.* Paris, 1890, XII, 129-132. — **Campbell.** Note upon conception with unruptured Hymen. *Edinb. med. J.*, sept. 1890, p. 217. — **Cerchez.** Atresie vaginale prin

---

(1) Les travaux déjà analysés dans le cours du journal ne figurent pas dans cet index.

imperforatio congenitalia a hymenuli. *Clinica.* Bucuresci, 1890, I, 118. — **Chevrier**. *Contribution à l'étude du traitement des fistules recto-vaginales.* Paris, 1889-90. — **Duchateau**. Kyste du conduit excréteur de la glande de Bartholin. *J. d. sc. méd.*, Lille, 1890, p. 85. — **Hubergritz**. Über atresia vaginalis. *Allg. med. Cent. Zeit.*, 30 juill. 1890. — **Jakovleff**. Cas heureux d'épisiocléisis. *J. akush. i jensk. boliez.* St-Pétersbourg, 1890, IV, 269-272. — **Koplik**. Arthritis complicating vulvo-vaginal inflammation in children. *N. Y. M. Journ.*, 1890, LI, 678-681. — **Michel**. Ein Fall von Hydrocele muliebris mit Hernia libera tubœ et ovarii. *Allg. Wien. med. Zgt*, 1890, XXXV, 193. — **Oliver**. Sclerosis of the mucous membrane of the nymphœ and vestibule. *Lancet.* Lond., 1890, I, 851. — **Ortmann**. Ein angeborenes musculos-elastisches. Band in der Scheide einer Kuh. *Berl. Thierärztl. Wchnschr.*, 1890, VI, 154. — **Orthmann**. Ueber « Kraurosis vulvœ ». *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, p. 283. — **Santoni**. *Contr. à l'étude des kystes du vagin.* Th. Paris, 1889-90, n° 288. — **Schildkret**. Atresia vaginalis incongenita. *Russk. Med.*, St.-Pétersbourg, 1890, XV, 71. — **Smith**. Abcess of vulvo-vaginal gland. *Dixie Doct.* Atlanta, 1890, I, 75. — **Sonntag**. Demonstration von zehn Fällen plastischer operationen an den Genitalien nach den Methoden von Hegar, Freund, Simpson und Tait-Sänger. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889. Leipzig, 1890, 120. — **Spaeth**. Zur Kasuistic der Coitusverletzungen. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XIX. Hft 2, p. 277. — **Teuffel**. Zur Kazuistik der Scheidenverletzungen. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 34, p. 601. — **Wechselbaum**. Unter Hydrocele muliebris. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1890, XI, 3.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE, ETC. — **Alloway**. A report of twenty cases of shortening the round ligaments at the external inguinal opening in the treatment of retro-displacement of the uterus. *Montreal M. J.*, 1889-90, XVIII, 721. — **Barsony** (J.). Inversio uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 28, p. 500. — **Chaput**. Des prolapsus génitaux, variétés, pathogénie, traitement. *Semaine Médicale.* Paris, 1890, p. 338. — **Cuzzi**. Un Caso di gastroisterorafia anteriore per retroflessione uterina. *Boll. d. Poliambul. di Milano,* 1889, II, 209-220. — **Cuzzi**. Un caso di isteropexis per retroflessione uterina. *Riv. di ostet. e ginecol.* Torino, 1890, I, 36. — **Debrunner**. Zur vaginalen und ventralen Fixation der rückwartsgebeugten Gebarmutter. *Cor. Bl. f. schweiz. Aerzte.*, Basel, 1890, XX, 337. — **Faucon**. Note sur un nouveau mode de suture dans l'hystéropexie. *Bull. Acad. roy. de méd. de Belg.* Bruxelles, 1890, 4, s., IV, 282. **Fredericq**. Prolapsus utérin et massage. *Ann Soc. méd. chir. de Liège*, 1890, XXIX, 117. — **Grunwaldt**. Eine Modifikation der Dammsoperation nach Lawson Tait. *Cent. of Gyn.*, 1890, n° 31, p. 545. — **Hooper**. A case of fibro-myxoma and incomplete retroflexion of gravid uterus. *Austral. Med. J.* Melbourne, 1890, XII, 145. — **Jakins**. The mechanical treatment of displacements of the uterus. *Austr. Med. Gaz.* Sydney, 1889-90, IX, 136. — **Kocks** (J.). Zur Therapie der chronischen totalen Uterusinversion. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 37, p. 661. — **Küstner**. Zur Indikationsstellung und Methode der Laparatomie wegen Retroflexio uteri. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipzig, 1890, 381. — **Profanter**. *Le traitement manuel du prolapsus utérin,* etc. Bruxelles, 1889. — **Stark**. Shortening of the sacro-uterine ligaments. *Cincin. Lancet Clinic*, 1890, n. s., XXIV, 625. — **Veit**. Die

Indicationsstellung fur die Behandlung der Retroflexio uteri. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 59. — **Ziemer.** Ein Fall von Inversio puerperalis inveterata. *Greifswald*, 1889. — **Zweifel.** Ueber die Vaginalfixation uteri, oder die Schücking'sche Vaginalligatur. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 39, p. 689.

MÉTRITE, ULCÉRATIONS DU COL, ETC. — **Barduzzi.** Sulla terapia dell' endometrite cervicale blennorragica. *Gior. ital. d. mal. ven.* Milano, 1890, XXV, 5. — **Bellencontre.** *Du traitement de la métritte du col.* Th. Paris, 1889-90, nº 353. — **Clivio.** Di un caso di endometrite saprofitica. *Riv. di ostet. e ginecol.* Torino, 1890, I, 81, 97. — **Claa.** *Comparaison entre le curage et la cautérisation dans l'endosmétrite du corps.* Th. Paris, 1889-90, nº 260. — **Dejardin.** *Quelques* considérations sur un traitement local de l'endométrite chronique. Th. Paris, 1889-90, nº 299. — **Erwin** Cervical Catarrh. *Cleveland Med. Gaz.*, 1889-90, V, 361. — **Frédéricq.** Traitement des endométrites. *Ann. Soc. de méd. de Gand,* 1890, XXXI, 189. — **Landau** et **Abel.** Beitrage zur normalen und pathologischen Anatomie der Gebarnutterhalses. *Arch f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVIII, Hft 2, p. 199. — **De Luca.** Le sifilidi precoci del collo dell'utero. *Sicilia Med.* Palermo, 1889, I, 922-943. — **Massarenti.** *Applicazione del tamponamento endouterina col percloruro di ferro ovvero coll'acido da aborto e nei processi puerperali localizzati.* Bologna, 1889. — **Para (J.).** Sept cas d'endométrite traités avec succès par le curage. *Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.* Paris, 1890, V, 509. — **Pichevin (R.).** Du curage de l'utérus. *Nouvelles archives d'obst. et de gynéc.* Paris, 1890, V, 454. — **Mlle Roussel.** Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus. *Th. Paris,* 1889-90, nº 373. — **Mme Vinaver.** Etude sur le curettage de l'utérus et l'opération de Schroeder. *Th. Paris,* 1889-90, nº 311.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE, ETC. — **Abel** et **Landau.** « Eigenartige » interstitielle Endometritis oder sarkomatöse Degeneration der Uteruschleimhaut. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 38, p. 673. — **Bieroth.** Die Myomotomie bei verjauchten Uterusmyomen. *Th. Bonn.*, 1889. — **Browne.** The removal of sub-mucous and intra-uterine fibroïd tumours by enucleation and traction, with report of 10 cases. *Maryland M. J.*, Balt., 1890, XXIII, 105-108. — **Dunning.** Remarks on carcinoma of the uterus, with special reference to treatment. *Times and Reg.* N. Y. et Philad., 1890, VII, 578. — **Frank.** Beitrag zur Indication der Extirpatio Uteri vaginalis. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 206. — **Frommel.** Ueber Totalextirpation des Uterus von Damme aus. *Verhand. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889. Leipz., 1890, 285. — **Grammatikati.** Des modifications de la muqueuse du corps de l'utérus dans les cas de cancer du col. *J. akush. i. jensk boliez.* St-Pétersbourg, 1889, III, 867. — **Jakubowska (Mlle).** Des résultats immédiats et éloignés du traitement électrique des fibromes utérins par la méthode du docteur Apostoli. Th. Paris, 1889-1890. — **Keller.** Zur Diagnose des Schleimhautsarcoms des Uteruskorpers. *Zeit f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft. 1, p. 116. — **Howard A. Kelly.** Supra-vaginal hysterectomy. Hysteromyomectomy with suspension of the stumb in the lower Angle of the abdominal incision. *Medical News.* Philadelphia, 1890, LVI, 695. — **Körnlein.** Einige Bemerkungen zu Gunsten des Konservierenden Verfahrens bei der Myomotomie. *Beit. z. Klin. Chir.* Tubing., 1890, VI, 441. — **Landau (L.).** Zur mikroskopischen Diagnose des Gebärmutterkrebses. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 38, p. 675.

— **Lecomte**. Recherches bibliographiques et cliniques sur le traitement palliatif des corps fibreux, par l'électricité, les injections d'eau chaude, le curettage de l'utérus, etc., etc. Th. Paris, 1889-90, n° 360. — **Ludlam.** Renal inadequacy as a contra-indication for hysterectomy in uterine cancer. *Chirurgie*, Chicago, 1890, XI, 160. — **Madden.** On amputation of the cervix uteri in the treatment of uterine cancer and cervical injuries. *Tr. Roy. Acad. M. Ireland.* Dubl., 1889, VII, 257. — **Martin**. Ueber Myomoperation. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890. Bd XX, Hft 1, p. 1. — **Matlakowski.** Carcinoma portionis uteri, extirpatio vaginalis. *Gaz. lek*, Warzawa, 1890, X, 534. — **Münchmeyer.** Ueber die weitere Verwerthung und die Endresultate der Totalexstirpation des Uterus an der Kgl. Frauenklinik in Dresden. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889. Leipz., 1890, 298. — **Pozzi**. Des corps fibreux compliqués de grossesse. *Gazette méd. de Paris*, 1890, VII, 241. — **Rosengart**. Etiologie des fibromes et des polypes de l'utérus. *J. akush. i. jensk. boliez.* St-Pétersbourg, 1890, IV, 77. — **Smyly**. On the diagnosis and treatment of small sub-mucous fibro-myomata of the uterus. *Tr. Roy. Acad. M. Ireland*, Dubl., 1889, VII, 261-264. — **Summers** Laparotomy for fibroïds degeneration of the ovaries. *Omaha Clinic.*, 1890-91, III, 20. — **Terrillon.** Ablation par la voie vaginale et le morcellement des corps fibreux interstitiels, à large base d'implantation. *Progrès méd.* Paris, 1890, XI, 289-292. — **Warchavskaia.** De l'urémie et de l'état du cœur dans la néphrite compliquant le cancer de l'utérus *Th. Paris*, 1889-90. **Wernitz**. Zur electrischen Behandlung des Gebärmutterkrebses. *Berl. Klin. Woch.*, 22 septembre 1890.

TUMEURS DE L'OVAIRE ET DU LIGAMENT LARGE; OVARIOTOMIE. — **Baldy**. Ovarian cyst complicating the puerperalstate. *Ann. Gynæk and Pædiat.*, Phila., 1889-90, III, 450. — **Braquehaye**. Sarcome encéphaloïde de l'ovaire gauche inclus dans le ligament large; laparotomie exploratrice; mort par embolie pulmonaire, dix-sept jours après. *J. de méd. de Bordeaux*, 1889-90, XIX, 458. — **Braun**. Des adhérences dans les kystes de l'ovaire et de l'ovariotomie incomplète. Nancy, 1890. — **Buchanan**. Two difficult ovariotomies. *The american Lancet.* Detroit Mich., 1890, XIV, 204. — **Buffet**. Kyste colossal de l'ovaire. *Bull. Soc. de méd de Rouen* (1889) 1890, III, 117. — **Cabot**. Large papillomatous cyst with ascites; laparotomy; wound of the bladder which lay unusually high; suture of it with complete recovery. *Boston med. and surg. Journal*, 1890, CXXIII, 83. — **Cantacuzino**. Kyste multiplu al ovarului sting; ovariotomie; vindecare. *Clinica*, Bucuresci, 1890, I, 116. — **Dobczynski**. 100 Falle von Ovariotomien aus der gynäkologischen Universäts-Klinik zu Königsberg. Königsberg, 1889. — **Kötschau**. Zur Pathogenese der Tubo-ovarialcysten. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipz., 1890, 344. — **Ladouze**. Contribution à l'étude du sarcome de l'ovaire. *Th. Paris*, 1889-1890. — **Ludlam**. A plea for the innocent ovariotomie. *Homœop. J. obst.* N.-Y., 1890, XII, 218. — **Mc Murtry**. Operative methods as illustrated by the history of ovariotomy in America. *Buffalo M. and S. J*, 1889-90, XXIX, 599. — **Millot-Carpentier**. Fibro-myôme de l'ovaire gauche; ablation; mort par péritonite le troisième jour. *Union méd.*, Paris, 1890, XLIX, 519. — **Pozzi (S.)**. Traitement des kystes de l'ovaire. *Gaz. méd. de Paris*, 1890, VII, 337. — **Rivington**. Unilocular abdominal

cyst of large size, apparently ovarian ; Laparotomy ; cure. *Lancet*, Lond , 1890, p. 1121. — **Steffeck**. Zur Enstehung der epithelalien Eierstocksgeschwülste. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XIX, Hft 2, p. 236. — **Tanzini**. Cistoma intralegamentoso ; laparotomia ; guarigione. *Gaz d. osp* Milano, 1890, XI. 299. — **Tassi**. Enorma cistoma ovarico. *Bull. d. r. Accad. med. di Roma*. 1889-90, XI, 107. — **Voituriez**. De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. *J. d. s. m.* Lille, juin, 1890, 580. — **Werder**. Report on four cases of laparotomy, two cases of intraligamentous cyst, one dermoid cyst, and one removal of appendages, two of cases requiring hysterectomy. *St-Louis M. and S. J.*, 1890, LVIII, 271.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, SALPINGO-OVARITE, HÉMATOCÈLE. — **Abboth**. Note on some unusual cases of pelvic abcess. *Northwest Lancet*, St-Paul, 1890, 132. — **Barth**. De l'hématocèle utérine. *Gaz, Med. de Paris*, 1890, VII, 281. — **Bulius**. Die Kleincystische Degeneration des Eierstocks. *Verh. d. deutsch. Gesellch. f. Gyn.*, 1889, Leipzig, 1890, 337. — **Bumm**. Zur Aetiologie der Parametritis. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch f. Gyn.*, 1889, Leipzig, 1890, 65-68. — **Byrne**. A case illustrating the value of therapeutic measures in chronic and recurring pelvic cellulitis. *Am. J. of Obst.*, N.-Y., 1890, XXIII, 511. — **Dennetières**. Salpingite et ovarite suppurées. Laparotomie et ablation des organes malades. Guérison. *J. de s. méd.*, 13 sept. 1890, 277. — **Friekenhaus**. Ueber Ileus durch Parametritis erzeugt. *Frauenarzt*, Berl. 1890, V, 97, 145. — **Goodell** (W.). Oophorectomy for adhesions and a pedunculated fibroid. *Med. age*. Detroit Michigan, 1890, p. 222. — **Kinloch**. Laparotomy for removal of the uterine appendages. *North. Car. M. J.*, Wilmington, 1890, XXV, 321. — **Lindsay Steven** (J.). Case of hepatic abcess, secondary to severe pelvic peritonitis, following upon Salpingitis, without definitive symptoms during life. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1890, p. 289. — **Noble**. Gonorrhæal salpingitis in its surgical aspects. *Med. et Surg. Reporter*. Philad., 1890, LXII, 601. — **Poulet**. De l'action résolutive du *simulo* contre la salpingo-ovarite aiguë ou subaiguë. *Bull. gén. de thérap., etc.* Paris, 1890, CXVIII, 447. — **Robson**. Uterus surrounded by abcesses removed by hysterectomy. *Med. Press et Circ.*, Lond., 1890, n. s. XLIX, 507. — **Robson**. Cases of pelvic abcess treated by abdominal section. *Med. Press et Circ*, Lond. 1890. XLIX, 421. — **Saintu**. Etude critique à l'application du curettage de l'utérus au traitement des salpingites. *Th. Paris*, 1889-90, n. 230. — **Terrillon**. De la salpingite blennorhagique. *Bull. méd.* Paris, 14 sept. 1890, nº 74. — **Thibault**. Sur la salpingite blennorrhagique. *Th. Paris*, 1889-90, nº 291. — **Wiedow**. Ueber Beckenabcesse. *Verh. der deutsch. Gessellch. f. Gyn.*, 1889, Leipzig, 1890, 235. — **Zatolotsky**. Contribution au traitement de l'hydropisie des trompes ovariennes (en russe), *Revue d'Obst. et de Gyn. de St-Pétersbourg*, juin 1890.

ORGANES URINAIRES. — **Abbot**. Cases of cystitis treated with salol. *Boston med. and surg. Journal*, 1890, CXXIII, 57. — **Battistine**. Sulla presenza di elementi fecali nelle urine a proposito di un caso di fistola vesico-intestinale. *Bull. d. sc. med di Bologna*, 1890, I, 230. — **Claessen**. *Ueber die nicht puerperalen Urinfisteln des Weibes*. Bonn, 1889. — **Forster**. A case of urethro vaginal fistula and other injuries following childbrith, with operations. *Boston M. et S. Journ.*, 1890, CXXII, 519. — **Heyder**. Beiträge zur Chirurgie der weiblichen

Harnorgane. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXVIII, Hft 2, p. 301. — **Janowski.** Endoskopische Beiträge zur Lehre von der Gonorrhoe der Weibes. *Wien. mediz. Presse*, 7 septembre 1890. — **Kehrer.** Ureterenscheidenfistel durch Anlegunge einer weiten Blasenscheidenfistel und kolpokleisis geheilt. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipz., 1890, 374. — **Macdonald.** Two cases of urinary calculus in the female. *Tr. Honkong M. Soc.*, 1889, I, 223. — **Thun.** Ueber den Verschluss der Scheide bei Blasen-Scheidenfisteln. Greisfwald, 1889. — **Timmer.** Over het aanleggen van een blaas-biulkfistel. 1 Bij. een geval van fistula vesico-vaginalis, fistula cervico-vaginalis et atresia urethræ, en 2 bij. een epispadiaca. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.* Ams., 1890, XXVI, 633-641.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Atthill.** Cases in wich laparotomy was performed. *Med. Press. et Circ.* Lond., 1890, XLIX, 523. — **Dubut.** Sur un cas de kyste sanguin spontané du péritoine. *Th. Paris*, 1889-90, n° 352. — **Haupt.** Zur Diagnose der Echinococcen in weiblichen Becken. Im Auschluss an einen in der Greifswalder gynäkologischen Klinik beobachteten Fall von Echinococcus des Netzes. Greifswald, 1889. — **Robert T. Morris.** A rare abdominal tumor. *Int. Journ. of Surg.* N.-Y., 1890, p. 100. — **Olshausen.** Die Laparotomien der Universitäts-Frauenklinik in Berlin während der 3 Jahre, 1er mai 1887-1890. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XX, Hft 1, p. 219. — **Penrose.** Acute peritonitis from Gonorrhæa. *Medical News*, Philadelphia, 1890, LVII, 16. — **Piole.** Contrib. à l'étude du cancer rétro-péritonéal. *Th. Paris*, 1889-90, n° 303. — **Schewen.** Hydatis in pelvis. *Austral. med. gaz.*, 1889-90, IX, 134. — **Storchi.** Su tre operazioni di laparotomia. *Spallanzani.* Roma, 1890. XIX, 14. — **Tait (L.).** A contribution to the debate on the present position of abdominal surgery. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1890, XLIX, 419. — **Thiriar.** Fibromyxome de la paroi abdominale avec lésion du péritoine pariétal, adhérences avec le foie et le grand épiploon; section de ces brides, hémorrhagie hépatique; guérison. *Press. med. Belg.* Brux., 1890, XLII, 193. — **Werder.** Report of four cases of laparotomy. *The American Lancet.* Detroit Mich., 1890, XIV, 206.

TUBERCULOSE GÉNITALE. — **Griffith.** Tubercle of the ovaries. *Tr. Path. Soc.*, Lond. 1888-89, XL, 212. — **Matlakowski.** Tuberculosis utriusque oviductus; retroflexio fixata; périoophoritis, perisalpingitis, castratio, sanatio. *Gaz. lek.*, Warszawa, 1890, X, 537. — **Werth.** Ueber Genitaltuberkulose. *Verhand. d. deutsch. Gesellch. f. Gyn.*, 1889, Leipzig, 1890, 111.

VARIÉTÉS (Menstruation, troubles nerveux, opération de Battey, etc. — **Barton.** A successful Case of Batty's operation. *The Dublin med. J.*, septembre 1890, p. 193. — **Chevallereau.** Sur l'hémianopsie consécutive à des hémorrhagies utérines. *France méd.* Paris, 1890, I, 321. — **Cohn.** Uterus und Auge. Eine Darstellung der Funktionen und Krankheiten des weiblichen Geschlechtapparates in ihrem pathogenem Einfluss auf das Sehorgan, mit einem Vorwort von Dr Ernst Pflüger. Wiesbaden, 1890. — **Flesch.** Tödliche Lungenblutung während der Menstruation. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 37, p. 657. — **Jouin.** De l'albuminurie dans les affections de l'utérus, sa valeur séméiologique. *Pratique méd.*, Paris, 1890, IV, 157, 220. — **Mijulieff.** De l'influence de l'influenza sur la menstruation, la grossesse et les suites de couches. *Nouvelles arch. d'obst. et de gynéc.* Paris, V, 451. — **Model.** Schla-

flosigkeit bei Uterinleiden. *Therap. Monatsh.*, Berlin, 1890, IV, 240. — **Muller**. *Ein Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein.* Greisfald, 1889. — **Ruggi**. Effeti diversi che ha l'operazione del Battey sulla nutrizione dell'utero. *Bull. d. sc. med. di Bologna*, 1890, 7, s., I, 85. — **Vander Veer**. She thought that it was her change of life. Reporting cases of uterine polypi, uterine cancer, inversion of the uterus, and subperitoneal fibroid. *Buffalo M. et S. J.*, 1889-90, XXIX, 715.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Chambrelent**. De l'accouchement par le front. *Rev. méd. de Toulouse*, 1890, XXIV, 139-144. — **Dickinson**. The time element in saving perineum. *New York Med. Journal*, 5 avril 1890, vol. LI, p. 371. — **Murray**. *Recherches sur la durée de la délivrance chez les primipares et les multipares.* Th. Paris, 1890. — **Ernst Saurenhaus**. Ueber die Menge des Fruchtwasser nach Ausstossung des Kindes. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 134. — **Herzfeld**. Ueber die Behandlung der Nachgeburtsperiode. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1890, XXXV, 267, 280. — **Hubert**. Positions occipito-postérieures. *Rev. méd.*, Louvain, 1890, IX, 40. — **Lusk**. Recent criticisms on the Credé method of placental expression. *Boston M. et S. J.*, 1890, CXXII, 453. — **Luster**. Brow presentation, its treatment as illustrated by a few cases in practice. *Peoria M. Month.*, 1889-90, X, 421. — **Tournay**. Du moyen de prévenir la déchirure médiane du périnée pendant l'accouchement. *Presse méd. belge*, Bruxelles, 1890, XLII, 241-246. — **Zweifel**. Beiträge zur Lehre vom Geburtmechanismus unter Demonstration von Gefrierdurchschnitten durch den Körper einer Höchschwangeren. *Cent. f Gyn.*, 1890, n° 33, p. 577.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Bayer**. Die Hypertrophie der Muskelfasern in graviden Uterus. Ein Beitrag zur Lehre vom unteren Segment und von der Placenta prævia. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipz., 1890, 265. — **Blanc**. Toxicité urinaire chez la femme enceinte. *Lyon méd.*, 1890, 553. — **Bumm**. Ueber Uteroplacentargefassë. *Verh. der deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1890, Leipz., 1890, 255. — **Eckardt**. Beiträge zur Anatomie der menschliche Placenta. *Zeit f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XIX, Hft 2, p. 193. — **Falaschi**. Diverse pseudocisti sierose sottocoriali nella placenta di un feto a termine, *Atti d. r. Accad. d. fisiocrit. di Siena*, 1889, I, 533. — **Faure**. Ueber den weissen Infarct der menschlichen Placenta. *Arch. f. path. Anat.*, etc. Berlin, 1890, CXX, 460. — **Hofmeier**. Zur Anatomie der Placenta. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipzig, 1890, 527. — **Romiti**. Sull' anatomio dell' utero gravido. *Monitore Zool. ital.*, Siena, 1890, I, 15. — **Saladino**. Esagerata secrezione pigmentaria per effeto della gravidanza. *Atti d. r. Accad. d. fisiocrit. di Siena*, 1889, I, 457. — **Schatz**. Ueber Placentæ vallatæ. *Verhand. der deutsch. Gesellsch. fur Gynäk.*, 1889, Leipzig, 1890, 259. — **Webster**. The disposition of the Public Segment in Pregnancy and in Labour. *Edinb. M. Journ.*, août 1890, p. 142.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Hoffman**. A plea for the general adoption of the axis-traction forceps. *Med. News*, Philad., 649.

— **Tarnier**. L'écarteur du col utérin. *Progrès méd.*, Paris, 1890, XI, 267.

DYSTOCIE. — **Ahlfeld**. Ein ankylotisch schräg verengtes Becken. *Verhand. d.deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipz., 1890, 283. — **Broom**. A case of facial presentation, complicated by the prolapse of both feet, both hands, and the cord. *Lancet*, Lond., 1890, I, 1298. — **Chaboux**. Dystocie par persistance de l'hymen. *Bull. Soc. de méd. de Rouen* (1889), 1890, III, 82. — **Coopman**. Ueber Rigiditat des Muttermundes als Geburtshinderniss. *Wien. Klin. Wchschr.*, 1890, III, 265. — **Braun**. Sectio cæsarœd nach Porro wegen eines Ostesoarkmos des Beckenausganges. *Setzungsb. d. Geburt. gynäk. Geselsch. in Wien.*, 1890, III, n° 2. Sectio cæsarœa nach Porro wegen Osteomalacie, *Ibid*, n° 2. — **Budin**. Tumeur sacro-coccygienne cause de dystocie; rupture du kyste pendant l'accouchement; ablation ultérieure de ses parois; existence d'une autre tumeur qui se développe régulièrement. *J. de méd. de Paris*, 1890, II, 377. — **Ferré**. Bassin rétréci. Accouchement prématuré provoqué à l'aide du ballon du Dr Champetier de Ribes, etc. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, septembre 1890, p. 173. — **Haven (George)**. A case of labor in a Robert's pelvis. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 24 avril 1890, CXXII, 397. — **Haven**. A case of labor in a Robert's pelvis. *Boston M. et S. J.*, 1890, CXXII, 397. — **Lesueur**. Tumeur fibreuse de l'utérus empêchant l'extraction du placenta après un accouchement d'un enfant mort-né. *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1889, LXIV, 614. — **Léopold**. Ueber den Durchtritt des kindes bei Placenta prævia. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch f. Gyn.*, 1889, Leipz., 1890, 273-281. — **Lomer**. Geburthindernis durch im kleinen Becken eingekeilte ovarientumorem. *Deutsch. med. Wchsch.*, Leipz., 1890, XVI, 259. — **Maher**. Pregnancy and successful delivery in a case of almost complete congenital atresia vaginalis. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, XXXVII, 560. — **Miller**. Face presentation, complicated by a spinal tumor; craniotomy. *Medical News*. Philad., 29 mars 1890, LVI, 340. — **Muret**. Ueber das Einpressen des Kindskofpes in das enge Becken. *Berl. Klin. Wchnschr.*, 1890, XXVII, 381-385. — **Thierry**. Cas rare de dystocie. *Bull. Soc. de méd. de Rouen*, 1890, III, 66. — **Varnier**. Des maladies du fœtus (hydrocéphalie) au point de vue de la dystocie, 1890. *Rev. prat. d'Obst. et d'Hyg. de l'Enfance*, juill., 193; août, 225; sept. (ascite), 193.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **B. Hart**. Note on the « term » position. *Edinb. m. Journ.*, septembre 1890, p. 229. — **Lawson Tait**. A criticism on some recent utterances on Ectopic gestation. *Prov. med. Journ.*, Leicester, 1890, p. 194. — **Leopold und Pautzer**. Die Beschränkung der inneren und die Grosstmögliche Verwerthung der aüsseren Untersuchung in der Geburtshülfe. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVIII, Hft 2, p. 330. — **Lefaure**. *De la nécessité d'un examen obstetrical précoce, pour éviter les présentations définitives de l'épaule et du siège.* Th. Paris, 1890.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Blacwood**. Laparotomy or electricity in extra-utérine pregnancy. *The Times and Register*. New-York and Philadelphia, 29 mars 1890, XX, p. 292. — **Bouilly**. Grossesse tubaire; laparotomie. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1889, XV, 762. — **Engelmann**. Operation in the early stages of extra-utérine gestation. *Ann. Gynæc. et Pædiat.* Philad., 1889-90, III, 376. — **Frommel**. Wiederholte Tubenschwangerschaft. *Deustch. med. Wchschr.* Leipz.,

1890, XVI, 494. — **Jahoda.** Graviditas extra-uterina durch laparotomie geheilt. *Sitzungsb. d. geb-gynäk. Gesellsch. in Wien*, 1890, III, nº 1. — **Lawson Tait.** A criticism on some recent utterances on ectopie gestation. *The provincial medical Journal.* Leicester, 1890. vol. IX, p. 194. — **Lebedeff.** Two cases of tubal pregnancy. *J. akush. I jensk. boliez.*, St-Petersb., IV, 49. — **Maggioli.** Quattro casi di gravidanza extrauterina. *Bull. d. r. Accad. med. di Roma*, 1888-89. X, 359. — **Olshausen.** Ueber Extrauterinschwangerschaft mit besonderer Berüchsichtigung der Therapie in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. *Deutsche med. Wchschr.*, Leipz., 1890, XVI, 145 ; 170 ; 190. — **Orthmann.** Ueber Tubenschwangerschaften in der ersten Monaten, mit besonderer Berüchsichtigung der pathologisch-anatomischen Befunde. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 143. — **Paolo Negri.** Di una gravidanza extra uterina curata e guarita con la laparotomia primaria. *Annali di ost. e ginec.*, sept., 1890, p. 573. — **Polaillon.** Grossesse tubaire ; rupture ancienne de la trompe, passage du fœtus dans le péritoine ; ablation du fœtus et de la trompe par la laparotomie ; guérison ; *Bull. Acad. de méd.*, Par., 1890, XXIII, 442-444. — **Schmidt.** *Ueber Graviditas extra-uterina.* Greifswald, 1889. — **Sutugin.** Hématocèle retro-utérine extrapéritonéale et grossesse extra utérine. *J. akush I jensk. boliez.* St-Petersb., 1889, III, 1889. — **Taylor.** Note on the early diagnosis of extra-uterine pregnancy. *Med. Press. et Circ.* Lond., 1890, XLIX, 474. — **Veit.** Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. *Verhand d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk*, 1889, Leipz., 1890, 158-175. — **Waldo Briggs.** Laparotomy for extra-uterine pregnancy. *The North American practitioner.* Chicago, février 1890, t. II, p. 76. — **Winckel.** Eine Patientin, bei welcher eine Tubarschwangerschaft der linken Seite bestanden hatte, und die Frucht durch zwei Morphiuminjektionen getödtet worden war. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipz., 1890, 12. — **Winckel.** Ueber den Durchbruch extra-uteriner Fruchtsäche in die Blase *Samml. klin. Vortr.*, Leipz., 1890, nº 2.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Green (Charles).** A case of labor with triplets ot full term *The Boston med. and surg. Journal*, 13 mars 1890, vol. CXXII p. 245.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Allard** *Des rapports des accidents infectieux du nouveau-né et en particulier de l'ostéomyélite avec l'infection puerpérale.* Th. Paris, 1890. — **Ballantyne.** The head of the infant at Birth. *Edinb. m. Journ*, août 1890, p. 97. — **Bussy.** Vulvar or vaginal hemorrhage in the newly-born. *Am. J. of Obst.*, N.-Y., 1890, XXIII, 495-502. — **Hubbard.** The birth of a very small living child, *The New York med. Journal*, 3 mai 1890, vol. LI, p. 491. — **Mittendorf (W. F.** The succesful Removal of an anterior Encephalocele. *Medical Record*, N.-Y., 1890, II, 374. — **Polk.** Mania and multiple neuritis in pregnancy. *Med. Rec.*, N.-Y.. 1890, XXXVII, 523. — **Ryan.** The treatment of infants born prematurely. *Indiana M. J.*, Indianap., 1889-90), VIII, 246. — **Ward.** Cephalhematoma of the new-born. *Med. et Surg. Reporter*, Philad., 1890, LXII, 546.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES — **Audry.** Du tamponnement intra-utérin après la délivrance en cas de placenta prævia. *Lyon méd.*, 1890, p. 75. — **Barton Cooke Hirst.** A substitute for post-mortem Cæsarean section. *Medical News.*, Philadelphia, 24 mai 1890, vol. LVI, p. 561. — **Blanc.** De l'opération césarienne. *Arch. de toc.*, 1890, nº 7, p. 436. — **Blanc.** Du meilleur traitement de la plaie utérine dans

l'opératiōn césarienne classique. *Gaz. des hôp.* Par., 1890, LXIII, 477. — **Bompiani**. Operazione cesarea conservatrice; madre et figlio salvi. *Riv. di ost. e ginec.* Torino, 1890, I, 65. — **Braun**. Laparotomie pour rupture de l'utérus. *Przegl. lek.*, Krakow., 1890, XXIX, 193; 207. — **Dickinson**. The Sheet-sling in forceps deliveries. *New York med. Journal*, 5 avril 1890, vol. LI, p. 380. — **Duke**. On additional traction in forceps cases as an alternative to craniotomy. *The Provincial medical Journal.* Leicester, 1er mai 1890, vol. IX, p. 270. — **Ensor**. A difficult case of turning rendered easy by placing patient in the genu-pectoral position. *Brit. m. J.*, London, 1890, I, 888. — **Fenari**. Un caso di operazione cesarea col methodo conservativo del prof. Inverardi di Padova. *Annuli di Ost. e Ginec.*, sept. 1890, p. 575. — **Gouilliard**. Operation césarienne conservatrice. Guérison de la mère. Enfant vivant. *Lyon méd.*, 23 mars 1890, 405. — **Gillian**. The cæsarean operation. *N. Y. M. J.*, 1890, II, 516. — **Heinricius**. Ett fall of sectio cæsarea enligt Porro. *Finska läk sällsk. handl.* Helsingförs, 1890, XXXII, 232. — **Hirst**. A substitute for post mortem Cæsarean section. *Med. News*, Philad., 1890, LVI, 561 — **Kleinwachter**. *Die Künstliche Unterbruchung der Schwangerschaft.* Vienne et Leipzig, 1890. — **Mangiagalli**. Due casi di taglio cesareo col metodo Poro per rare indicazioni. *Ann. di Ostet.*, Milano, 1890, XII, 215. — **Miller**. Application de forceps pour les présentations occipito, sincipito-postérieures. *J. Akush. j. jensk. boliez.* St-Petersb., 1890, IV, 109; 191. — **Negrisoli**. Operazione cesarea col metodo conservatore. *Raccoglitore med.* Forli, 1890, IX, 353. — **Negrisoli**. Operazione cesarea col methodo conservatore. *Annali di Ost. e Ginec.*, sept. 1890, p. 574. — **Piccinini**. — Due operazioni cesarea conservatrici. *Annali di Ost. e Ginec.*, sept. 1890, p. 521. — **Schrader**. Uber die operatinen Befugnisse der preussischen Hebammen. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 39, p. 693. — **Sippel (A.)**. Kastration bei Osteomalacie. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 33, p. 584. — **Stolipinsky**. Zur Technik der Operation des Kaiserschnittes. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 35, p. 626. — **Sutugin**. — Traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse et la délivrance. *Vrach.* St-Petersb., 1890, XI, 225 ; 255. — **Tarnier**. Basiotripsie. *J. d. sages-femmes.* Par., 1890, XIX, 33 ; 41 ; 49 ; 57 ; 66. — **Tarnier**. De l'application du forceps dans la présentation des fesses. *Rev. obstét. et gynéc.* Par., 1890, VI, 179-182. — **Tournay**. Deux applications du basiotribe de Tarnier. *Clinique*, Brux., 1890, IV, 213. **Treub**. La technique de l'accouchement provoqué. *Arch. de toc.*, 1890, n° 7, p. 417. — **Varnier (H.)**. L'opération césarienne à l'Institut obstétrical de Dresde. *Gaz. hebd.*, Paris, 1890, p. 158. — **Veit**. Zur Lehre vom Kaiserschnitt. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipz., 1890, 244. — **Von Swiecicki**. Ein Beitrag zum Prochownick'schen Ersatze der Künstlichen Frühgeburt. *Wien, med. Bl.*, 1890, XIII, 339.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Adams**. Hernia of the pregnant uterus. *The Wath. Obst. et Gynec. Soc.*, 1887-89, 194-217. — **Arthur Gage**. A case of Eclampsia. *The Boston. Med. of Surg. Journal*, 20 mars 1890, vol. CXXII, p. 275. — **Auvard**. Mort du fœtus pendant la période d'expulsion causée par la rétraction du col utérin sur le cou de l'enfant. *Arch. de toc.*, 1890, n° 7, p. 646. — **Ayers (Ed. A.)**. Studies in the decidua and retained membranes of the ovum. *Medical Record*,

12 avril 1890, p. 400. — **Ballenghien**. Accouchement provoqué dans la dernière quinzaine de la grossesse. Version par manœuvres externes. Application de forceps sur la tête, présentation secondaire de la face. Version par manœuvres internes, tentatives d'extraction par la méthode de Champetier de Ribes et la manœuvre de Prague, décollation, application du céphalotribe sur la tête. *J. de Sc. méd. Lille*, 22 août 1890, p. 189. — **Batuaud**. Des varices de la vulve au point de vue obstetrical. *Pratique méd.*, Paris, 189, IV, 193. — **Bernière** (Mme). *De l'albuminurie puerpérale*. Th. Paris, 1890. — **Brossard**. *Traitement des ruptures de l'utérus pendant le travail de l'accouchement*. Th. Paris, 1890. — **Büngner**. Ueber intra partum entstandene Untershenkel-frakturen. *Wien. Med. Wchschr.*, 1890, XL, 1106. — **Chassagny**. De la défense du périnée et de l'accélération du dernier temps de l'accouchement. Dernière simplification de l'appareil. *Lyon méd.*, 13 avril 1890, 515. — **Chantemesse**. L'infection puerpérale. *Progrès méd.*, Paris, 1890, XI, 241 ; 369. — **Dylion** (Mme). *De l'insertion vicieuse du placenta, essai de clinique thérapeutique*. Th. Paris, 1889-90. — **Duncan**. Laceration of the vagina in labour. *Tr. Obst. Soc Lond*, 1890, XXXI, 236. — **De Lauradour**. *Contribution à l'étude des lésions du foie dans l'éclampsie puerpérale*. Th. Paris, 1890. — **Ehrhardt et A. Faure**. Recherches cliniques et bactériologiques sur une épidémie bénigne de diphthérie puerpérale à la Maternité de Paris. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, septembre 1890, p. 532. — **E. Clark**. Puerperal Eclampsia. *Medical Standard*. Chicago, mars 1890, vol. VII, p. 67. — **Fehling**. Therapie des Puerperal fiebers, speciell der allgemein Sepsis. *Med. chir. centr.* Wien, 1890, XXV, 322. — **Fehling**. Ueber Selbsinfection. *Verh. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipz., 1890, 47. — **Fehling**. Vorstellung einer osteomalacischen, durch Kastration geheilten Kranker. *Verh. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1889, Leipz., 1890, 125. **Flaischlen**. Ueber Hyperemesis gravidarum. Bd XX, Hft 1, p. 81. — **Fourrier**. *Du traitement et des indications opératoires des affections dentaires pendant la grossesse*. Th. Paris, 1889-1890. — **Glasi**. Intorno ad un caso di embolismo nel puerperio. *Riv. veneta di sc. med.* Venezia, 1890, XII, 462. — **Gördes**. Schwangerschaft und Neubildung. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 100. — **Greenley**. Case of septicemia resulting from abortion and retained placenta. *Am. Pract. et News*. Louisville, 1890, IX, 259. — **Hanshalter**. Recherches bactériologiques dans quelques cas d'infection puerpérale. *Rev. méd. de l'Est*. Nancy, 1890, XXII, 174; 216; 241. — **Hégar**. Zur puerperalen Infection und zu den Zielen unserer modern Geburtshilfe. *Samml. Klin. Vort.*, Leipz , 1889, n° 351. — **Herman**. A case of tetany in pregnancy, with nephritis and cancer of the pylorus ; remarks. *Lancet*, 1890, I, 749. — **Horrocks**. Rupture of uterus. *Tr. Obst. Soc. Lond.* 1890, XXXI, 228. — **Johnson**. Abortion and its effects. *Maryland M. J.*, Balt., 1890, XXIII, 21. — **Julius Soloweitschijk**. A case of transverse presentation. *New York med. Journ.*, 5 avril 1890, vol LI, p. 379. — **Kakuschkin**. Rupture de l'utérus pendant le travail. *J. akush. I jensk. boliez.* Saint-Pétersbourg, 1890, IV, 132. — **Kaltenbach**. Ueber Selbsinfektion. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1889, Leipzig, 1890, 31. — **Kehrer**. Fall von Porro's Sectio cæsarea wegen Uterus-Ruptur. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1889, Leipzig, 1890, 8. — **Kramer**. *Zur Lehre von den Puerperal Psychosen.*, Berlin, 1890. — **Leblond**. Note sur cinq cas d'éclampsie. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, septembre 1890, p. 518. — **Lewers**.

— Abstract of a clinical lecture on the diagnosis and treatment of hydatidiform mole, with note of three cases. *Lancet*, Londres, 1890, I, 953. — **Martin**. Case of localised purulent peritonitis in a pregnant woman. *Prov. M. J.*, Leicester, 1890, IX, 273. — **Möbius**. Beitrag zur Lehre von der Neuritis puerperalis. *München med. Wchschr.*, 1890, XXXVII, 247. — **Negri**. Per lo studio dei rapporti reciproci fra malaria e puerperio. *Riv. veneta di sc. med.* Venezia, 1890, XII, 355. 360. — **Nelson** Sterility from a miscarriage. *Med. and Surg. Reporter*. Philadelphie, 1890, LXII, 509. — **Pellisson**. *Procidences du cordon ombilical méconnues*. Th. Paris, 1889-1890. — **Pinard**. Conduite à tenir dans les cas d'insertion vicieuse du placenta. *Union méd.*, Paris, 1890, L, 13-17. — **Polk (Wiliam M.)**. Mania and Multiple Neuritis in Pregnancy. *Medical Record*, N.-Y. 10 mai 1890, p. 526. — **Rémy**. Anterversion et antéflexion de l'utérus gravide, période d'expulsion. *Arch. de toc.*, 1890, n° 9, p. 644. — **Rémy**. Présentation du siège. Emploi des porte-lacs. *Arch. de toc.*, 1890, n° 7, p. 452. — **Rivet**. Note sur un cas de syphilis placentaire. *J. de méd. de Paris*, 1890, II, 329. — **Rosewater**. Puerperal eclampsia. *Medical Standard*, Chicago, mai 1890, vol. VII, p. 133. — **Shaw**. Puerperal eclampsia. *Medical Standard*, Chicago, mai 1890, vol. VII, p. 137. — **Thibaudet**. Sur les conséquences éloignées d'une endocardite puerpérale. *J. des sc. méd.*, Lille, 22 août 1890, p. 181. — **Tronchet**. Eclampsie chez une primcipare, présentation du siège, mort. *Poitou méd.*, Poitiers, 1890, IV, 97. — **Vandenabeele**. Transmission de la fièvre puerpérale par les sages-femmes, de la possibilité d'exclure temporairement de la pratique obstéricale les sages-femmes ayant transmis l'infection. *Bull. Soc. de méd. prat. de Paris*, 1890, 312. — **Warner (Frank)**. A case of placenta prævia centralis. *Medical Record*, N.-Y., 12 avril 1890, p. 408. — **Voituriez**. De la polyurie gravidique. *J. d. sc. méd. de Lille*, 1890, I, 457.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Auvard**. De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique. *Arch. de toc.*, 1890, n° 7, p. 458, 577. — **Battlelner**. Ueber das insbesondere von den Hebammen bei Gebärenden auszuführende antiseptische Verfahren und die dabei zur Verwendung kommenden Mittel. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1889, Leipz., 1890, 72. — **Blechmann**. Traitement des gerçures, crevasses et fissures du mamelon chez les femmes allaitant au moyen de la baudruche. *J. d. mal. cutan. et syph.* Par., 1889-90, I, 299. — **Dührssen**. Der Einfluss der Antiseptis auf geburtshülfliche operationen und die hieraus resultirenden Aufgaben der modernen Geburshülfe. *Berl Klin. Wchschr.*, 1890, XXVII, 505, 537. — **Faivre**. *Considérations critiques sur l'emploi des injections intra-utérines après l'accouchement*. Nancy, 1890. — **Hurd**. Antiseptic Midwifery. *The med. Age*, Detroit Mich., 1890, LVI, 581. — **Lusk**. Antiseptis in midwifery. *Med. News*, Philad., 1890. LVI, 561. — **Mendelssohn (Mme)**. *Contribution à l'emploi de l'iode en obstétrique*, Th. Paris, 1890. — **Mermann**. Ueber Entbehrlichkeit und Gefahren innerer Desinfektion bei normalen Geburten. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1889, Leipzig, 1890, 76. — **Tschaeche**. *Ueber Prophylaxis der Puerperalfiebers*. Greifswald, 1889.

TÉRATOLOGIE. — **Raineri**. Un feto mostruoso in gravidanza complicata da idramnios acuto. *Annali di Ost. e Ginec. Milano*, mars 1890, 260.

VARIÉTÉS. — **Dührssen.** *Geburtshülfliches Vademecum für Studirende und Aertze.* Berlin, 1890. — **Haake.** Compendiun der Geburtshilfe. *Zum Gebrauche für Studirende und Aerzte.* 4e éd. Leipzig, 1890.

NÉCROLOGIE

James Matthews Duncan.

James Matthews Duncan, le plus brillant représentant de l'Obstétrique anglaise contemporaine est mort le 1er septembre dernier à Baden-Baden, à l'âge de 64 ans.

Né à Aberdeen en 1826, il fit ses études médicales à Édimbourg. Reçu docteur en 1846, il vint suivre pendant six mois les cours de l'École de Paris, puis rentra en 1849 à Edimbourg où James Simpson se l'attacha pendant quatre ans comme assistant privé. Fellow du Collège royal des médecins (1851), médecin puis consultant de l'hôpital royal des Enfants-Malades, professeur libre d'obstétrique et de gynécologie (1853), médecin des femmes à l'Infirmerie royale (1861), Duncan, doué d'une extraordinaire activité, trouve le moyen de mener de front avec une clientèle déjà très étendue des recherches expérimentales et de nombreuses publications qui, en 1870, le font désigner par l'opinion publique comme successeur de James Simpson à l'université d'Édimbourg. Mais Simpson laissait un neveu et Duncan ne fut pas nommé.

Il ne perdit rien pour avoir attendu, car sept ans plus tard il était appelé à Londres comme accoucheur de St-Bartholomews Hospital et professeur d'obstétrique à l'école du même nom.

Son succès à Londres fut rapide et complet, et il devint successivement membre du Collège royal des médecins, des Sociétés royales de Londres et d'Edimbourg, du conseil général de médecine, médecin honoraire de l'Université de Dublin, examinateur d'obstétrique à Oxford, Cambridge et Londres.

Travailleur acharné, très érudit, grand brasseur d'idées, raisonneur infatigable plus qu'observateur rigoureux et expérimentateur avisé, Duncan laisse comme principaux travaux :

1866. Fécondité, fertilité, stérilité.

1868. Recherches d'obstétrique.

1869. Traité pratique de la périmétrite et de la paramétrite.
1870. De la mortalité puerpérale dans les maternités.
1879. Études sur le périnée de la femme.
Leçons cliniques sur les maladies des femmes (rééditées en 1883, 1886, 1889).
1884. Stérilité des femmes.
et surtout 1875. Contribution à l'étude du mécanisme de l'accouchement normal et pathologique.

L.-A. Neugebauer.

Quelques jours après la terminaison du congrès de Berlin, où il venait de faire une communication, L.-A. Neugebauer est mort subitement d'une attaque d'apoplexie.

Né en 1821 à Dojutrow, L.-A. Neugebauer commença à Dorpat ses études médicales qu'il termina à Breslau. Il les compléta par des séjours prolongés à Paris, à Vienne et à Berlin. Chirurgien-accoucheur de l'hôpital de la Trinité à Kalisch dès 1850, il fut appelé en 1857 à la chaire d'anatomie de Varsovie, qu'il abandonna quelques années plus tard pour celle d'obstétrique et de gynécologie. Encyclopédiste, L.-A. Neugebauer a écrit de nombreux mémoires sur les sujets les plus variés. On lui doit un modèle de spéculum assez complexe pour l'opération des fistules vésico-vaginales, un forceps, un modèle de cathéter à demeure, etc. ; ses travaux sur les procédés anaplastiques destinés à combattre le prolapsus utérin sont connus de tous les gynécologues. Il laisse un fils, François Neugebauer, qui suit ses traces et s'occupe des maladies des femmes avec le même succès.

Le gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

PROCÉDÉ POUR L'OCCLUSION DES FISTULES RECTO-VAGINALES

Par M. **Le Dentu**, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté.

La difficulté du traitement des fistules recto-vaginales a été reconnue depuis longtemps. De nombreux insuccès ont amené les chirurgiens à renoncer à la suture simple précédée d'un avivement plus ou moins large et à se rallier au procédé qui a été préconisé en France par le professeur Richet, puis plus tard en Allemagne par Simon. Ce procédé consiste à fendre le périnée et la cloison recto-vaginale jusqu'à la fistule et à pratiquer ensuite la suture de la fistule avivée et de toutes les parties sectionnées, comme s'il s'agissait de réparer une déchirure complète du périnée.

A coup sûr, l'idée est excellente, et je n'ai nul désir de la combattre, après l'avoir adoptée et mise en pratique ; mais il faut avouer que, dans le cas d'une petite fistule recto-vaginale (et ce cas est le plus fréquent), l'opération est en disproportion avec la lésion ; d'autre part, quand on a affaire à une fistule située très haut dans le vagin, on doit hésiter à fendre la cloison recto-vaginale sur une grande hauteur, car le succès, en pareille circonstance, devient problématique. Si donc on avait à sa disposition un procédé moins compliqué que la périnéoraphie totale, et plus sûr que la

suture directe après avivement, on serait en mesure de faire l'occlusion des fistules recto-vaginales avec des garanties de simplicité et de succès que ne donnent pas les procédés employés jusqu'à ce jour.

Je crois avoir trouvé la solution du problème. Un cas récent où j'ai obtenu la guérison complète m'autorise à le dire et à exposer sans retard le procédé que j'ai imaginé.

La fistule, oblongue dans le sens vertical, ayant environ 4 millimètres sur 3, était située à deux centimètres de la fourchette; mais pour bien en reconnaître la situation, il fallait développer la cloison recto-vaginale au moyen d'un doigt introduit dans le rectum. La malade, âgée de 36 ans, la portait depuis plus de huit ans; elle avait eu depuis lors quatre enfants. Les conditions de la fistule que j'avais déjà examinée, il y a huit ans, ne s'étaient pas modifiées sous l'influence de ces quatre derniers accouchements. Elle laissait très fréquemment passer des gaz, mais les matières fécales ne la traversaient guère que lorsqu'elles n'avaient pas leur consistance normale.

Le périnée était déchiré partiellement, mais pas assez pour que la périnéoraphie s'imposât. La malade désirait d'ailleurs subir l'opération la moins importante possible; diverses raisons, dont il est inutile de parler, me firent renoncer à la restauration complète du périnée, mais pour éviter un échec à peu près certain si je me bornais à aviver même largement les bords de la fistule, et à en faire la réunion, je m'arrêtai, après réflexion, à un procédé autoplastique que j'appellerai: *majutoplastie par glissement, à lambeaux superposés et à disposition valvulaire.*

L'explication de cette dénomination ressortira de la description suivante :

1° Introduire dans le rectum l'index de la main gauche revêtu d'un gant de caoutchouc. Cette précaution permet de se servir de ce même index dans le cours de l'opération sans risques d'infection de la plaie. La cloison recto-vaginale, refoulée vers le vagin et largement développée,

se présente dans de bonnes conditions pour les sections et dissections nécessaires. Ce refoulement pourrait être obtenu par d'autres moyens. Le doigt d'un aide, ou mieux un petit ballon de Petersen modérément distendu remplirait le même office, mais avec cette différence que le chirurgien se rend mieux compte, avec son propre doigt, de l'épaisseur de la cloison et de la marche de ses dissections. Voilà pourquoi l'emploi du gant de caoutchouc est peut-être préférable à toute autre chose.

2° Avec un bistouri à bonne pointe, tracer d'abord l'incision courbe ABC (fig. 1), en passant à plus d'un centimètre au-dessus de la fistule, puis l'incision AF'C, en rasant le bord inférieur de la fistule. Ces deux incisions ne doivent pas dépasser l'épaisseur de la muqueuse du vagin. Aviver cette muqueuse dans toute l'étendue du croissant circonscrit par les incisions ABC et AF'C.

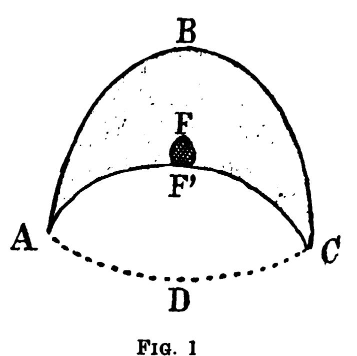


FIG. 1

3° Disséquer la muqueuse vaginale de haut en bas, à partir de l'incision AF'C, jusqu'à une ligne représentée sur les figures 1 et 2 par un pointillé ADC. Le point D de cette ligne courbe, représentant la base du lambeau disséqué, devra se trouver à un bon centimètre au-dessous de la fistule, de façon à ce que la distance F'D soit au moins égale à la distance BF'.

4° Le lambeau AF'CD étant renversé vers l'anus, le chirurgien a sous les yeux une large surface avivée, formée d'une part par l'avivement ABCF' (fig. 1) fait aux dépens de la muqueuse vaginale, et d'autre part par la surface qu'a mise à nu la dissection du lambeau AF'CD. Le reste de l'opération consiste essentiellement à faire remonter ce lambeau et à l'adapter par sa face cruentée à la surface avivée

ABCF ; mais si l'on se contentait de ce glissement, on créerait vers la base de ce lambeau une sorte de cul-de-sac dans lequel s'accumuleraient les matières passant par la fistule. Il est donc de toute nécessité de supprimer ce cul-de-sac ; on y arrive par le temps que voici :

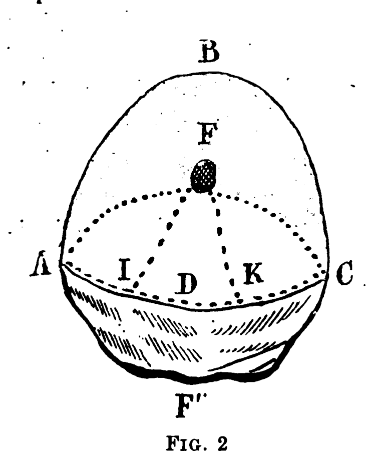


Fig. 2

5° Avec des ciseaux, supprimer le triangle FIK (fig. 2) taillé aux dépens des tissus situés au-dessous de la fistule. Débrider de chaque côté le lambeau postérieur sur la moitié des lignes AI et KC. De cette façon, le rectum est largement ouvert au-dessous de la fistule et il n'existe plus de cul-de-sac entre elle et la base D du lambeau ADCF' (fig. 3). Il reste à placer les sutures. Ce temps demande un soin particulier. Il faut avoir sous la main une dizaine de fils d'argent ou de soie assez fins, enfilés par leurs deux extrémités à des aiguilles également assez fines, et offrant une courbure moyenne. Suivant l'étendue de la fistule, il faut s'attendre à utiliser de 5 à 8 de ces fils, davantage si ses dimensions sont très considérables. Ces fils se placent de la manière suivante :

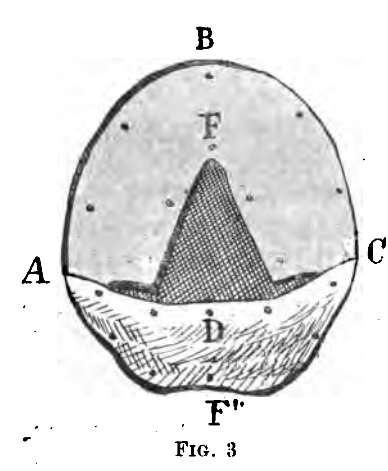


Fig. 3

6° Avec l'aiguille portant l'une des extrémités d'un fil, pénétrer dans le point B du lambeau supérieur, taillé aux dépens de la muqueuse rectale, et sortir en F, après avoir

fait cheminer le fil dans l'épaisseur du lambeau, autant que possible sans entrer dans le rectum. Traverser ensuite les points D (base) et F' (sommet) du lambeau inférieur avec chacune des deux aiguilles.

(fig. 4.)

En tirant sur les deux extrémités du fil et en refoulant en arrière le lambeau inférieur, on adapte sa face postérieure cruentée à la face antérieure également cruentée du lambeau supérieur. Il suffit, pour maintenir l'adaptation, de fixer les deux extrémités du fil au moyen de deux tubes de Galli dont on écrase le plus superficiel, mais il faut avoir soin de ne pas serrer du tout. Autrement, par suite de la tuméfaction des lambeaux, les tubes de Galli se perdraient dans leur épaisseur et pourraient en déterminer l'ulcération et la perforation.

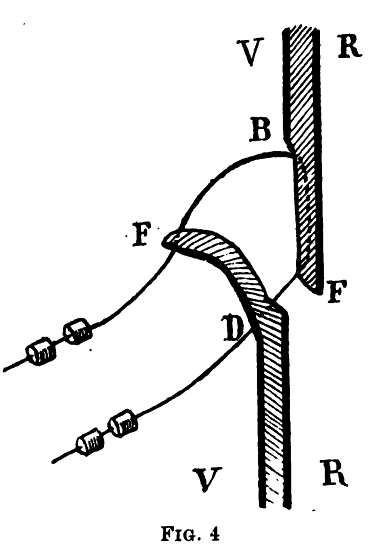


Fig. 4

On pourrait encore tordre les fils sur un petit bourrelet de gaze iodoformée interposé entre leurs extrémités libres, sur la face antérieure du lambeau inférieur (fig. 5). En tout cas il faut rejeter entièrement la torsion des fils directement par-dessus le lambeau, sans interposition de gaze iodoformée, de façon à éviter le froncement qui aurait pour résultat de diminuer les surfaces d'affrontement. L'emploi des tubes de Galli, ou la torsion par-dessus un petit bourrelet de gaze, assure l'étalement de ces surfaces, et augmente ainsi les chances de succès.

Tous les fils sont placés successivement de la même façon.

Une fois les sutures terminées, le lambeau inférieur recouvre entièrement le lambeau supérieur. La fistule est com-

plètement supprimée, et la muqueuse rectale, qui forme la face postérieure du lambeau supérieur débordant un peu la ligne de réunion du côté du rectum, constitue une petite valvule sur laquelle les matières glissent tout naturellement vers l'anus. Elles ne peuvent avoir aucune tendance à remonter vers le vagin, en s'insinuant entre les lambeaux.

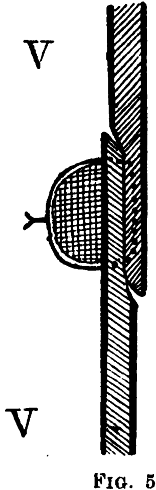


Fig. 5

J'ai enlevé les fils le quatrième et le cinquième jour, chez mon opérée, parce que de petites ulcérations commençaient à se former au niveau des tubes de Galli de la rangée inférieure. La réunion était déjà complète. Ma malade m'a dit avoir senti passer des gaz en très petite quantité à 2 ou 3 reprises, le premier jour et après l'ablation des fils, mais cette particularité ne s'est pas reproduite. Elle est donc entièrement guérie.

Soins préliminaires et consécutifs. — *Pansement.* — Il faut donner une purgation à la malade la veille de l'opération et lui faire prendre un grand lavement le soir. Le jour de l'opération, un grand lavement à l'eau bouillie sera suivi d'un lavement à l'acide borique.

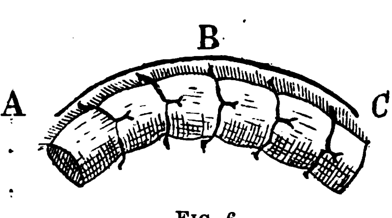


Fig. 6

Je crois inutile de réduire notablement la quantité des aliments pendant les jours qui précèdent l'opération ; mais la malade devra choisir des aliments très digestibles et très faciles à assimiler.

Des injections vaginales antiseptiques seront faites au moins pendant 3 jours avant l'opération. Si la malade avait des flueurs blanches abondantes, il faudrait la soumettre à

un traitement préliminaire général ou local avant de tenter l'opération. Une nouvelle injection antiseptiqne sera faite par le chirurgien lui-même au moment d'agir. J'emploie et je recommande une solution de sublimé à 1 pour 2000. La même solution sera employée pour les lavages pendant l'opération.

Comme pansement, de petites mèches d'une gaze antiseptique pénétrant un peu dans le vagin et enveloppant les fils, méritent la préférence. On les renouvellera à chaque injection vaginale. Ces injections vaginales sont nécessaires une ou deux fois par jour, à partir du second jour, surtout chez les femmes qui ont de la tendance à avoir des flueurs blanches. Il faudra étancher avec soin le vagin et la vulve au voisinage des fils.

L'époque à laquelle ceux-ci doivent être enlevés ne peut être fixée d'une manière rigoureuse à un jour près. Chez ma malade, j'en ai coupé 3 après 4 jours pleins, et le lendemain même, je la débarrassais des 2 autres ; c'est que les tubes de Galli commençaient à s'enfoncer dans la base du lambeau inférieur. On peut dire qu'en moyenne il ne faut pas attendre plus de 5 à 6 jours. On ne doit pas oublier que les tissus sur lesquels portent les sutures n'ont qu'une médiocre vitalité ; c'est pourquoi j'ai recommandé de ne serrer les fils que juste assez pour assurer la coaptation des lambeaux.

Le point capital, dans les soins consécutifs, c'est de régler les garde-robes pendant la période où les fils sont encore en place. J'estime qu'il faut en provoquer une au deuxième et au quatrième jour après l'opération. C'est tout de suite après l'ablation des fils qu'il faut provoquer une courte constipation de 3 jours. Pendant ce temps, la coaptation des lambeaux se consolide, et quand une nouvelle garde-robe a lieu vers le septième ou huitième jour, la suture est mieux en état de résister à la pression des matières et aux faibles efforts de défécation déterminés par l'action du laxatif. Celui auquel je donne la préférence est l'huile de ricin à la dose de 8 à 10 grammes (2 à 3 cuillerées à café, ou 8 à 10 petites capsules, de celles qui contiennent à peine un gramme d'huile).

Contre-indications. — L'opération qui vient d'être décrite ne peut convenir à tous les cas. Les conditions qui en contre-indiquent l'application sont : la situation trop élevée ou trop basse de la fistule, ses grandes dimensions, le défaut d'épaisseur de la cloison.

Si elle occupe un point trop élevé de la cloison recto-vaginale, l'avivement, la dissection du lambeau inférieur, le passage des fils, pourraient offrir des difficultés insurmontables. Si elle est trop voisine de la fourchette, il ne reste plus assez de place entre elle et le périnée pour qu'on puisse détacher un lambeau convenable. Ce procédé n'est donc pas applicable aux fistules recto-vulvaires proprement dites.

D'autre part, si l'on a affaire à une très grande fistule, le succès devient beaucoup moins facile à obtenir ; mais, comme en général les fistules recto-vaginales, d'origine obstétricale ou opératoire, ont de petites dimensions, l'opération resterait praticable même si la fistule avait plus de quelques millimètres. Naturellement il faudrait augmenter les dimensions de la surface d'avivement, en hauteur et en largeur, et donner au lambeau une étendue proportionnelle.

Enfin, si le sujet a une déchirure partielle du périnée, mais avec conservation d'une cloison recto-vaginale très mince, la dissection d'un lambeau cesse d'être possible.

Dans les cas où le procédé décrit ci-dessus n'est pas applicable, il faut avoir recours à celui du professeur Richet. sectionner la cloison, aviver la fistule, pratiquer la périnéoraphie. On doit le recommander encore, même lorsque le mien est exécutable, chez les malades qui, ayant une déchirure assez étendue du périnée qu'elles pourraient garder à la rigueur, consentent à courir les chances d'une opération plus complète.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES CALCULS VÉSICAUX CHEZ LA FEMME ET EN PARTICULIER DE LA DILATATION DU COL DE LA VESSIE CHEZ LA FEMME

Par **G. Phocas**, professeur agrégé à la Faculté de Lille.

I. — Historique.

Depuis longtemps on a pratiqué la dilatation pour extraire des calculs et des corps étrangers de la vessie de la femme. Cette méthode ne s'est cependant généralisée que dans ces derniers temps. P. Hybord dans sa thèse n'a pu rassembler que quelques cas de dilatations faites dans ce but (1). M. Le Dentu dans son excellent traité des voies urinaires (2) s'exprime ainsi : « L'étude des procédés d'extraction de la pierre chez la femme est encore si peu avancée que nous aimons mieux ne pas reproduire les statistiques bien connues des thèses d'Hybord et de Rogie ».

Dernièrement nous avons eu l'occasion d'observer un calcul chez une femme, calcul qui fut expulsé spontanément après une dilatation faite par nous. Nons avons cru intéressant de reprendre la question de la dilatation et de l'étudier à l'aide des observations que nous avons pu rassembler.

On trouvera un historique complet de la dilatation de l'urèthre chez la femme dans une thèse récente de M. Estrabaud inspirée par M. Monod (3). La méthode ne paraît pas avoir été inconnue des Grecs, elle était pratiquée chez les Égyptiens, mais ce fut à partir du XVIe siècle que les renseignements sur ce mode opératoire sont devenus plus nombreux et plus précis. Marianus Sanctus disait, en 1526, que

(1) *Des calculs chez la femme et les petites filles.* Th. Paris, 1872.

(2) VOILLEMIER et LE DENTU, t. II, p. 694.

(3) ESTRABAUD. *De la dilatation de l'urèthre chez la femme.* Th. Paris, 1889.

« chez les femmes on est obligé de tailler rarement parce qu'elles sont peu sujettes au calcul et qu'il suffit pour l'extraire, quand il est d'un volume médiocre, de dilater le canal ».

La dilatation de l'urèthre est appelée la *méthode ordinaire* par Colet, et Méry l'appelle aussi la méthode *commune*. Tolet dans son traité de lithotomie (1708) dit qu'il n'est pas croyable combien l'urèthre se dilate tant aux hommes qu'aux femmes. Deschamps (1796) fait l'historique de la question et se déclare adversaire de la dilatation à cause de l'incontinence de l'urine qui la suit, « infirmité dégoûtante, fâcheuse et communément incurable chez les femmes d'un certain âge », dit Dupuytren (1). A. Cooper préconise cependant la dilatation en 1822 et cite quelques observations à l'appui. Depuis Cooper les anglais paraissent avoir conservé la dilatation qui est tombée en désuétude en France. C'est ainsi que Bryant (2) et Coulson s'en déclarent partisans ainsi que Heath (3). Ce dernier dans une leçon clinique conseille de recourir à la dilatation digitale.

En France, Simonin de Nancy (4) porte la dilatation jusqu'à 24 mill. et conseille d'y recourir dans les cas de calcul et de corps étrangers. Il trouve la crainte de l'incontinence illusoire et dit même avoir observé la cessation de ce symptôme après la dilatation. Il paraît que M. Reliquet aurait donné les mêmes préceptes un an avant (1871) dans son traité sur les opérations des voies urinaires. Mais il n'est pas moins vrai qu'ils passèrent inaperçus.

En Allemagne, Simon de Heidelberg fait paraître un mémoire sur la dilatation de l'urèthre (5). Ce mémoire est écrit

(1) DUPUYTREN. Th. Concours chaire méd. opér., 1812.

(2) *The Lancet*, 1864, vol. I, p. 578.

(3) *Med. Tim. and Gaz.*, 1874, et *The Lancet*, 1875.

(4) *Mém. de la Soc. de méd. de Nancy*, 1871-72, p. 218 et *Revue méd. de l'Est*, 1881.

(5) *Arch. f. klin. Chir.* de Langenbech, 1875. Herrgott de Nancy a donné la traduction de ce mémoire dans un article. *Annal. de gynécol.*, 1876.

par Wolt, élève de Simon. Plusieurs thèses ont été soutenues sur le même sujet en France. Nous avons déjà cité celle de Paul Hybord. En 1877, citons celle de Rogie. En 1882 la thèse de Flottard (1), l'année suivante la thèse d'agrégation d'Etienne (2) dans laquelle l'auteur a réuni 55 observations de dilatation de l'urèthre. En 1886 paraît la thèse de Curtil (3) qui ne contient pas de nouvelles observations. Enfin celle d'Estrabaud (1889) déjà citée. Dans les excellentes thèses de Pousson (4) et d'Hartmann (5) la question de la dilatation de l'urèthre est traitée. Pousson réunit 33 observations de dilatation faites dans le but d'extraire des tumeurs de la vessie; Hartmann résume la bibliographie de la question et donne un tableau de 46 cas de dilatation de l'urèthre faites pour combattre les douleurs de la vessie. Dans la thèse d'agrégation de Kirmisson (1883) on trouvera aussi de précieuses indications.

La Société de chirurgie s'est occupée deux fois dans ces derniers temps de la question. Nous signalerons en 1881 une discussion à laquelle prirent part Terrillon, Desprès, Sée, Cruveilhier, etc., et, en 1887, un rapport très remarquable de Pozzi sur une observation de Cauchois (6), où l'auteur, après avoir rapporté l'observation de Cauchois, donne une observation personnelle déjà publiée dans la *Gaz. méd. de Paris*, et ayant trait à un calcul de 38 millim. retiré de la vessie par la dilatation.

Parmi les travaux français signalons, outre le mémoire d'Herrgott, le travail de Monod (7), le second volume du traité Voillemier et Le Dentu, l'article Taille du *Dictionnaire*

---

(1) Dilat. du canal de l'urèthre chez la femme. Th. Montpellier, 1882.

(2) Parallèle des différentes tailles vésicales, Th. Agrég., 1883, Paris.

(3) Calculs vésicaux chez la femme, 1886.

(4) POUSSON. *De l'intervent. chir. dans le trait. et le diag. de la tumeur de la vessie*, 1884. Th. de Paris.

(5) HARTMANN. *Cystites douloureuses et leur traitement.* Th. Paris, 1887.

(6) *Bull. Soc. de chir.*, t. XIII, p. 494.

(7) *Ann. des maladies génito-urinaires*, 1885.

de médecine et de chirurgie pratiques, écrit par Bouilly, l'article Cystotomie de Chauvel dans le *Dictionnaire encyclopédique* et les traités classiques. Heydenreich a publié dans la *Semaine médicale* une revue de la question (1). L'auteur de cette revue donne la préférence à la dilatation toutes les fois que la largeur du calcul ne dépasse pas 2 cent 1/2 à 3 centim.

Winckel (2), en Allemagne, est arrivé récemment aux mêmes conclusions.

II. — De l'expulsion spontanée des calculs vésicaux chez la femme.

Il est reconnu depuis longtemps qu'une terminaison heureuse de la lithiase vésicale chez la femme est l'expulsion spontanée des calculs.

L'expulsion a lieu tantôt par les voies naturelles et le calcul sort à travers l'urèthre dilaté, tantôt à travers la cloison vésico-vaginale que le calcul ulcère et perfore. Ces deux modes d'expulsion spontanée ont dicté la conduite chirurgicale quand il s'est agi de retirer artificiellement la pierre de la vessie. La méthode de dilatation imite l'expulsion spontanée par l'urèthre.

L'expulsion spontanée est d'autre part assez fréquente, à juger par les nombreuses observations qu'on pourrait rassembler. Dans la thèse d'Hybord on trouve un tableau de 14 observations de calculs spontanément expulsés. Parmi ces observations 6 ont trait à l'expulsion des calculs par la voie vaginale ; elles ne nous intéressent pas pour le moment. Nous y ajouterons le récent fait communiqué par Mouchet à la Société de chirurgie (3). Il reste 8 observations de calculs expulsés par la voie uréthrale. 3 fois cette expulsion fut

(1) *Sem. méd.*, 1887, p. 273. Trait. des calculs vésicaux chez la femme.

(2) *Deutsche Chirurg.*, 1885.

(3) MOUCHET. *Bull. Soc. de chir.*, 1883.

suivie d'incontinence d'urine. Dans un cas (Clauder), le calcul pesait 12 onces, dans l'autre (Ségalas, *Gaz. des hôpit.*, 1836), il pesait 3 onces 1/2. Le plus remarquable de ces faits a été publié dans la *Gazette des hôpitaux* (1841). Il concerne une vieille fille de 80 ans, qui dans l'espace de 3 ans rendit plus de 500 petits calculs. L'incontinence d'urine qui s'ensuivit fut d'abord complète ; elle diminua avec le temps. Un grand nombre d'observations ont été réunies par Bryant (1). M. Estrabaud dans sa thèse donne le résumé de 34 observations de ce genre.

A ces faits connus, nous ajouterons les suivants qu'une bibliographie nous permet de réunir.

1) Byrne (*Dublin Q. J. m. S.*, 1863, p. 186-188), femme enceinte de 7 mois, a expulsé spontanément un calcul. Pas d'incontinence ; la grossesse arrive à terme.

2) Obs. de Vollebrun rapportée par Guéniot (*Bull. Soc. chir.*, 1871, t. II, p. 261), femme âgée de 70 ans, après avoir souffert quelques mois de douleurs dans la vessie et des difficultés d'uriner a expulsé spontanément par l'urèthre un calcul de 6 gr. 60, de forme ovalaire, du volume d'une amande. La guérison s'en est suivie. Pas d'incontinence d'urine.

3) M. Folet présenta à la Société de médecine du Nord 2 calculs provenant de la vessie d'une femme de 71 ans, qui les a rendus spontanément à la suite de quelques douleurs. Pas d'incontinence d'urine (*Bull. méd. du Nord*, 1873).

4) Aveling rapporte le fait d'une femme atteinte de rétention d'urine 4 jours après son accouchement. 3 semaines après la malade expulsait spontanément un calcul. Incontinence pendant 15 mois (*Ann. de gynéc.*, 1883).

5) Howkins Walters (*ibidem*, 1883) rapporte un fait en tout semblable au précédent.

6) Barbieri. Cas remarquable de calcul urinaire de la gros-

(1) *The Lancet*, vol. I, 1864.

seur d'un œuf de poule naturellement expulsé chez une femme de 54 ans. (*Bull. des sc. méd. de Bologne*, 1839).

7) Rayé. Sortie spontanée d'un calcul assez volumineux par l'urèthre (*Bull. Soc. med. de Gand.*, 1840).

8) Nunn. Plusieurs calculs sphériques ayant passé par l'urèthre (*Tr. Path. Soc.* London, 1865).

9) Bergioni. Calculs vésicaux expulsés spontanément chez une fille de 4 à 5 ans (*Imparziale.* Florence, 1871).

10) Bruisma. Élimination spontanée d'un calcul vésical volumineux (*Bull. Soc. méd. de Gand*, 1873).

De ces faits il résulte que l'expulsion spontanée des calculs vésicaux chez la femme est un fait qui n'est pas rare. Il peut se produire à tous les âges, aussi bien chez les petites filles que chez les très vieilles femmes. D'après les observations l'expulsion des calculs serait même plus fréquente aux deux extrêmes de la vie. On n'en trouve que très peu à l'âge adulte. Cela s'explique par le relâchement des fibres musculaires du col de la vessie et de l'urèthre aux deux extrêmes de la vie. On a observé aussi assez fréquemment l'expulsion de calculs pendant la grossesse et l'accouchement. Nous avons recueilli cinq observations de ce genre. Dans une seule de ces observations l'expulsion de calcul eut lieu pendant l'accouchement (Smellie. *Deutsch Chir.* 62 livr.). La tête de l'enfant sortit en poussant la pierre, grosse comme un œuf d'oie qui fut ainsi expulsée spontanément. Il se produisit une incontinence d'urine incurable. Les deux autres faits ont trait à des femmes enceintes, l'une de 7 mois (Byrne) l'autre de 6 mois (*Bull. thér.*, 30 mars 1863).

Dans les deux faits il y eut expulsion d'un calcul après quelques efforts et une certaine rétention d'urine. Nul doute que le voisinage de l'utérus gravide n'ait influencé, par action réflexe, la vessie et n'ait imprimé à cet organe jusque-là tolérant pour le calcul, une activité qui s'est traduite par l'expulsion spontanée de la pierre. Enfin, dans deux autres observations citées ci-dessus (4 et 5) ce fut après l'accouchement qu'il est survenu une rétention d'urine, suivie au

bout de quelques semaines de l'expulsion spontanée du calcul.

On peut donc conclure que la grossesse et l'accouchement peuvent avoir pour effet, en imprimant une suractivité à la vessie contenant un calcul, de provoquer l'expulsion spontanée de ce dernier.

On a souvent dit que l'incontinence d'urine était fréquemment observée à la suite de l'expulsion spontanée des calculs.

Dans les faits que nous avons pu rassembler cet accident n'est pas très souvent noté. Nous le trouvons signalé 5 ou 6 fois. Souvent l'incontinence est passagère. Pour juger de la valeur de cet accident dans l'expulsion spontanée de calculs il faudrait prendre en considération trois facteurs principaux, à savoir : 1° le volume du calcul expulsé ; 2° le mode rapide ou lent de l'expulsion ; 3° l'état antérieur des voies urinaires.

Il est établi par l'expérimentation (Hybord, etc.) et par la clinique que les calculs dont le diamètre dépasse 3 à 4 cent. ne peuvent traverser l'urèthre et le col de la vessie sans provoquer des lésions graves dans ces parties et sans provoquer par conséquent l'incontinence permanente de l'urine.

Ces expulsions spontanées de calculs ont lieu surtout brusquement à la suite d'une rétention d'urine et de l'effort du liquide accumulé derrière l'obstacle et poussé par les contractions du corps vésical, tantôt lentement par suite d'une dilatation graduelle et de longue main des voies urinaires. Dans ces derniers cas, le calcul pénètre peu à peu et dilate à mesure le canal de l'urèthre avant de le franchir complètement. L'expulsion spontanée dure alors 7 ou 8 jours. Dans le premier cas, le calcul dilate brusquement les voies et peut y occasionner des lésions plus ou moins graves, subordonnées du reste à son volume et à la force d'expulsion mise enjeu par le corps de la vessie. Dans le second, il s'agit d'une dilatation lente analogue à celle que les chirurgiens ont faite en introduisant des tiges de laminaire dans le canal de l'urèthre.

Enfin, il est certain que l'urèthre d'une vieille femme ou d'une toute petite fille est déjà affaibli dans sa musculature avant l'expulsion du corps étranger. Il n'y a rien d'étonnant à ce que l'incontinence d'urine se prolonge dans ces conditions.

On peut s'expliquer de la même façon les autres accidents signalés à la suite de l'expulsion spontanée, l'hémorrhagie, la rupture de l'urèthre et la fistule vésico-vaginale.

Le but de la chirurgie est de régulariser cette expulsion spontanée, de faire en sorte qu'elle ne soit ni trop rapide ni trop lente et d'éviter ainsi les accidents qui y sont inhérents.

Ces résultats sont atteints par la dilatation brusque et graduelle de l'urèthre qu'il nous reste à étudier. (*A suivre.*)

NOTES SUR UNE SÉRIE DE VINGT-CINQ SECTIONS PÉRITONÉALES

par le Dr **Ch. Audry**, interne des hôpitaux de Lyon.

Du 1er mai au 1er août 1890, il a été pratiqué à la Clinique une série de 25 sections péritonéales graves dont nous donnons la statistique intégrale. Les résultats obtenus sont des plus satisfaisants. C'est pourquoi nous avons cru utile de faire connaître, brièvement d'ailleurs, la manière de faire à laquelle s'est arrêté, en général, M. le professeur Laroyenne. Le lecteur remarquera facilement que, dans la mesure du possible, on tend surtout, ici, à ramener la technique opératoire à son maximum de simplicité.

Il est bien entendu que les résultats que nous donnons sont seulement les résultats opératoires immédiats.

Sur ces 25 sections péritonéales, 5 ont été pratiquées par la voie vaginale ; 20 sont des laparotomies.

I. — *Opérations par la voie vaginale.*

1 résection du fond de l'utérus inversé par un fibrome. 1 guérison.

4 hystérectomies totales pour cancer. 4 guérisons.

II. — *Laparotomies.*

1 laparotomie exploratrice pour carcinose péritonéale d'origine ovarienne. 1 guérison.

1 hystéropexie pour prolapsus. 1 guérison.

1 extirpation d'un énorme fibrome intraligamenteux. 1 mort (shok) (1).

1 laparotomie pour hématocèle incisée et drainée. 1 guérison.

1 ablation d'une récidive de kyste de l'ovaire greffée sous le foie. 1 guérison.

5 ovariotomies pour tumeurs kystiques (2 grands kystes. 3 petites tumeurs). 5 guérisons (1 de ces ovariotomies pratiquée pendant une grossesse de 2 mois ne l'a nullement interrompue).

1 extirpation d'un cancer en chou-fleur des 2 ovaires. 1 guérison.

5 oophorectomies doubles. 5 guérisons.

1 ablation unilatérale des annexes. 1 guérison.

3 ablations totales des annexes. 3 guérisons.

Soit un total de 25 opérations avec 1 seul décès.

Accidents observés.

1 malade a succombé au shok, 18 heures après l'extirpation d'un énorme fibrome développé dans le ligament large gauche dont il fallut l'énucléer.

1 malade a présenté consécutivement à une hystérectomie vaginale des accidents infectieux graves dont elle a pourtant triomphé. Elle avait été insuffisamment préparée.

2 opérées ont eu autour des fils de la paroi des suppurations bénignes rapidement et spontanément guéries.

Local. Table. — Toutes les opérations sont faites dans la salle très modeste où s'effectuent en d'autres jours les consultations gratuites, les pansements, etc. La lumière y est satisfaisante. Il faut avouer que par l'encombrement des

(1) V. *Lyon méd.*, 1890, juin.

rayons, des placards, son plancher en bois, etc., elle ne répond pas du tout aux exigences actuelles. La température s'y règle facilement. Elle possède 2 lavabos, 3 récipients pour les solutions et 2 becs de Bunsen dont 1 est allumé en permanence.

On a 2 lits d'opérations.

Le premier est simplement l'un des lits d'examen ordinaire. Il est constitué par une planche portée sur 4 pieds de bois assez élevés. C'est dire qu'il est extrêmement primitif.

Les jours d'opération, le matelas de toile cirée qui le recouvre est soigneusement lavé et recouvert de draps stérilisés à l'étuve.

Le second lit, réservé aux petites tumeurs du bassin, aux ablations d'ovaires et d'annexes est une petite table de 1 m. sur 0,60 environ, également faite d'une planche sur 4 pieds en bois ; il est relativement bas.

Le matelas qui le recouvre est beaucoup plus épais au niveau du bord où doit porter le siège de la malade, de telle sorte que la tête de celle-ci est beaucoup moins élevée que son bassin, et que la cavité de ce dernier est ainsi facilement éclairée.

Quand il s'en sert, l'opérateur se met à côté de la femme, et non entre les cuisses.

Opérateur et aides. — Le professeur, M. Laroyenne, le chef de clinique, M. le Dr Gouilloud, l'interne. L'externe fait l'anesthésie, 2 sœurs sont chargées du service des éponges et des fils.

Avant chaque opération, le vêtement et la calotte du chef de service, les sarraux des aides sont stérilisés à l'étuve.

Pour se désinfecter les mains, l'opérateur n'emploie jamais que les grands lavages à l'eau bouillie et du savon ordinaire. Pendant l'opération, comme auparavant, il se rince les mains dans de l'eau bouillie fréquemment renouvelée ; jamais il ne se met en contact avec un antiseptique actif.

Les aides ont d'ordinaire recours aux grands lavages et au sublimé à 1 0/00.

Pendant l'opération, on se sert d'eau bouillie, et on évite constamment de mettre le péritoine en rapport avec des solutions antiseptiques.

Instruments. — Tous les instruments sont désinfectés soigneusement, par l'un des aides, à la flamme du bec de Bunsen. Cette désinfection précède immédiatement chaque opération. Pendant cette dernière, ils sont conservés et lavés dans l'eau bouillie ; aussitôt que l'on a quelque doute sur leur propreté, on les repasse à la flamme.

Fils. — On emploie des catguts chromiques et des fils de soie.

Les catguts chromiques sont conservés dans l'alcool au sublimé (1 0/00).

Les fils de soie portés dans l'étuve à une température variant entre + 110° et + 120° ; ils trempent dans le sublimé à 1 0/00 pendant 2 ou 3 heures avant l'opération.

Éponges. — Les éponges sont d'abord lavées dans l'eau bouillie et savonneuse, puis rincées dans une solution phéniquée faible, 25 0/00, jusqu'à ce que cette dernière sorte tout à fait limpide à la pression. On les tient ensuite pendant une semaine au moins dans la solution phéniquée forte à 50 0/00.

Avant chaque opération, et pendant tout le temps de cette dernière, elles sont soigneusement rincées et lavées dans l'eau bouillie, de telle sorte que l'acide phénique soit à peu près complètement éliminé.

Préparation de la malade. — Elle est purgée pendant les 2 derniers jours ; elle a été préalablement envoyée aux bains.

Une première toilette est faite la veille de l'opération (rasage, etc.).

Le matin du jour, on procède à un premier grand lavage de tout le ventre avec la brosse, le savon et une solution de sublimé. On sèche la peau et on la dégraisse à l'éther. Puis on couvre tout le ventre et le haut des cuisses avec de la gaze stérilisée, toute humide de sublimé au 1 0/00. Ainsi toute la région baigne pendant une demi-heure au moins

dans une solution de sublimé toujours récemment préparée.

Au moment de l'incision, la paroi est soigneusement séchée.

L'anesthésie est toujours obtenue avec l'éther et précédée de l'injection de morphine et atropine.

Pendant l'opération. — Nous donnerons seulement quelques indications relatives à 3 points : la toilette du péritoine, son drainage, la suture de la paroi.

La *toilette du péritoine* est toujours aseptique et sèche. Jamais on ne lave le péritoine. On se contente d'essuyer minutieusement tous les coins déclives souillés ou suspects de la région. On ne se sert que des éponges rincées à l'eau bouillie et complètement exprimées. Quelquefois, après la chute de liquides infectieux dans la séreuse, on essuie d'abord avec une première éponge un peu humide. Inutile de dire que cette toilette est exécutée avec une extrême attention.

Ajoutons que, dans les hystérectomies vaginales, on s'abstient également de faire pénétrer des liquides dans le ventre. Cependant, autant que possible, on pratique les premiers temps de l'opération sous un jet continu d'eau bouillie ou de sublimé extrêmement dilué.

Le plus rarement possible on établit *un drainage* du péritoine ; il a été pratiqué dans 2 de nos 25 cas (ablation d'annexes, extirpation de cancer de l'ovaire). Toujours on a employé la gaze iodoformée en lanières glissées dans un sac, à la façon de Mickulicz.

Généralement, on ferme la paroi par 3 plans *de sutures* : un surjet pour le péritoine ; un plan pour les aponévroses, un plan pour la peau. On se sert du catgut.

Après les grandes ovariotomies on a recours à la vieille suture enchevillée faite avec des fils métalliques.

Pansement. — Il est réduit à un peu de poudre d'iodoforme, de gaze iodoformée, et à une couche de coton maintenue par un bandage de corps. S'il y a un tampon de Mickulicz, on ajoute une feuille de gutta-percha. On enlève les fils

superficiels au 10ᵉ jour et on fait aussitôt porter à la malade une ceinture constituée par une large pelote antérieure et médiane solidement maintenue.

Nous avons peu de choses à ajouter à ce qui précède. On a vu avec quelle simplicité, quelle sobriété d'antiseptiques l'on peut opérer. Cette manière de faire se rapproche sensiblement de celle des laparotomistes anglais. Ainsi, elle conserve son efficacité dans les milieux les plus primitifs que l'on puisse imaginer.

DE L'OVARIOTOMIE PENDANT LA GROSSESSE (1).

Par le Dr **Otto Engstrom**, professeur agrégé à Helsingfors.

(*Suite.*)

Obs. I. — *Kyste de l'ovaire droit, 4ᵉ mois de la grossesse.* — M. J..., 23 ans. Menstruation, commencée à l'âge de 13 ans, revenue régulièrement chaque mois avec une durée de 5 à 6 jours, accompagnée les deux premiers jours d'une forte douleur. En janvier 1884, la malade fit une fausse couche dans le deuxième mois; elle remarqua alors une tumeur mobile de la grosseur du poing, remuant, parfois dans le bassin, où elle ne pouvait la sentir par palpation, parfois dans la région de l'ombilic. A la fin d'août, cette femme redevint grosse; les dernières règles avaient eu lieu au milieu du même mois. La tumeur a augmenté depuis et n'est déjà plus dans le bassin, elle se meut en haut, contre le foie, et cause à la patiente un sentiment d'angoisse dont elle se délivre en repoussant la tumeur vers l'hypogastrium par une pression des mains.

État actuel. 26 novembre 1884. — Utérus mou, grossi, mobile, dont le fond est à deux doigts au-dessus de la symphyse pubienne. La partie vaginale de l'utérus est molle. Ouverture externe de l'utérus petite, avec deux petites coupures sur les lèvres. Dans l'abdomen une tumeur ovale, mobile, non douloureuse, fluctuation insensible, de la grosseur d'une tête d'enfant; placée plutôt du côté droit, mais dont une partie dépasse toujours la ligne médiane du ventre. La patiente est un peu pâle, assez maigre. Pas de trou-

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, octobre 1890.

ble dans les fonctions intestinales ni dans l'expulsion des urines. Seins légèrement gonflés, avec un commencement de sécrétion lactée ; aréoles brun foncé. Ligne blanche fortement pigmentée. — Diagnostic de la grossesse.

Le 2 décembre 1884, fut exécutée l'*ovariotomie* (dans la section de Mlle R. Heikel, à la maison des Diaconesses) après les préparatifs ordinaires. Incision de quatre doigts le long de la ligne blanche au-dessus du nombril. La tumeur mobile fut d'abord attirée vers cet endroit où elle fut fixée, après avoir été saisie par l'extérieur. Ponction à l'aide d'un gros trocart ; contenu du kyste clair et de couleur jaune pâle. La tumeur est un kyste multiloculaire prolifère, avec de nombreuses ruptures de vaisseaux sanguins sur ses côtés et provenant de l'ovaire droit. Pédicule large, très court, tordu d'un tour entier sur son axe avec de nombreux et larges vaisseaux qui sont en communication directe avec de semblables vaisseaux dans le ligament large droit ; les ligatures durent être faites jusqu'à l'utérus même : 3 partielles et une ligature circulaire de soie ; le pédicule est renfoncé. Toilette du bassin faite avec précaution : rien n'a coulé dans la cavité abdominale. Conduite prudente vis-à-vis de la matrice gravide, et surtout grande attention à la ligature du pédicule afin d'éviter toute tension. La plaie de l'abdomen est recousue par des sutures profondes et par d'autres superficielles en soie. — L'opération, fort troublée par des vomissements, a duré 45 minutes. Bandage de gaze iodoformée, compression moyenne du bas-ventre.

Après le sommeil chloroformique aucun vomissement. La première après-midi, on fit à l'opérée de fortes injections sous-cutanées de morphine, le lendemain elle prit 25 gouttes de teinture d'opium. Aucun symptôme de travail d'accouchement n'a paru. Marche de la guérison tout à fait régulière. Température maximum (1er jour au soir) 37°,9 C., les autres jours jamais plus de 37°,5 C. Maximum du pouls 84. Les sutures ont disparu de la plaie le 9 décembre. Guérison par première intention. Le 15 l'opérée se lève.

Le 25 mai 1885, l'opérée accouchait à la maison d'accouchement de Helsingfors d'une fille vivante, du poids de 8 livres (3^k^,400 ^gr^). L'accouchement a été normal ainsi que les couches.

(Cas rapporté à la séance de la *Société médicale* du 31 janvier 1885.)

Obs. II. — *Kyste de l'ovaire droit. 2me mois de la grossesse.* — L. K... Règles, apparues à l'âge de 16 ans, sont toujours revenues régulièrement avec une durée de 6 jours ; pas de dysménorrhée. La patiente s'est mariée à l'âge de 25 ans, et depuis elle a accouché de 7 enfants vivants, nés à terme, le dernier le 25 juillet 1884 ; aucune fausse couche. Les couches normales, excepté les dernières. Pendant la dernière grossesse, l'abdomen était plus volumineux et plus dur qu'à l'ordinaire, aussi crut-on à la présence de jumeaux ; après la naissance de l'enfant, l'abdomen était encore si grand que la sage-femme en attendait un second ; ce fut en vain. Le lendemain de l'accouchement la femme fut prise d'une forte fièvre et de douleurs dans l'abdomen accompagnées de météorisme, et fut contrainte de garder le lit sept semaines. Après son rétablissement le Dr Staudinger fit le diagnostic d'une tumeur dans l'abdomen. Les règles reparurent pour la première fois avant l'accouchement le 2 décembre et durèrent jusqu'au 8 ; elles revinrent ensuite le 28 décembre 1884 et durèrent jusqu'au 4 janvier 1885 ; depuis cette époque elles furent supprimées.

État actuel. 25 janvier 1885. — La malade est de taille moyenne, pâle et de complexion assez faible. Utérus un peu grossi, recourbé en arrière et pressé en bas contre le fond du bassin, se mouvant un peu de côté ; l'abdomen est bombé par une tumeur ronde, oscillante, non mobile, descendant profondément dans le bassin, dépassant en haut le nombril de quatre doigts et occupant presque toute la largeur de l'abdomen. Distance de l'épine iliaque antérieure supérieure droite à l'ombilic, 24 cent. ; de l'épine iliaque antérieure supérieure gauche, 25 cent. ; de la symphyse pubienne au nombril, 25 cent; de l'appendice xiphoïde au nombril, 16 cent. La plus grande circonférence de l'abdomen, 97 cent. La paroi abdominale est très peu mobile au-dessus de la tumeur; pas d'œdème à cette paroi ni ailleurs. On n'avait pas songé à la possibilité d'une grossesse.

Le 29 janvier 1885, l'*ovariotomie* fut entreprise dans une maison privée. Incision sur la ligne médiane ; couche de tissus extraordinairement ferme et sans différenciation prononcée ; c'est pourquoi l'on coupa par mégarde la paroi du kyste adhérente à la paroi abdominale. L'incision fut d'abord prolongée jusqu'à la symphyse, mais sans aucune possibilité de séparer le kyste de la paroi abdominale. Lorsque l'incision fut prolongée vers le haut

jusqu'à 2 doigts au-dessus du nombril, on réussit à pénétrer directement dans la cavité abdominale. Le contenu du kyste avait été auparavant presque complètement vidé, en partie à l'aide d'éponges, après avoir percé une partie des cloisons. Par l'extrémité supérieure de la plaie on put ensuite, mais avec un assez fort déchirement, détacher la paroi antérieure du kyste de la paroi abdominale; l'adhérence était extrêmement intime et s'étendait bien d'une largeur de main de chaque côté de la ligne blanche, et depuis la symphyse jusqu'à 2 doigts au-dessus du nombril; quelques grands vaisseaux sanguins furent tordus; du reste, l'épanchement de sang s'arrêta de lui-même.

La partie supérieure du kyste avait en outre des adhérences avec l'épiploon sur toute sa largeur, c'est pourquoi il fut ligaturé par de nombreuses ligatures de soie enjambant les unes sur les autres. Le pédicule tordu de deux tours sur son axe, fut ligaturé avec trois ligatures partielles et une entière, puis il fut renfoncé. Pour la suture de la plaie, on pratiqua de profondes sutures de soie de sorte qu'elles comprenaient bien 2 centim. de la membrane péritonéale restée, et par suite une certaine tension, quoique cependant faible, se produisit sur l'enveloppe abdominale. Bandage de gaze iodoformée avec compression du bas-ventre.

La tumeur est un kyste prolifère à parois épaisses et avec de nombreuses hémorrhagies, à contenu en partie liquide, de couleur café, en partie coagulé, caillots de sang gris brun.

La malade se remet bientôt de cette grave opération. La guérison marche admirablement, la température maximum sous l'aisselle est de 37°,8 C. le lendemain; maximum du pouls, 88. L'opérée se lève le 10 février et retourne chez elle par le chemin de fer deux jours après. Son mari avait déclaré un peu avant son départ que le dernier coït avait dû avoir lieu le 8 janvier et qu'il supposait la malade enceinte.

D'après des renseignements postérieurs, donnés par le mari de l'opérée, aucune hémorrhagie ne s'était produite, et la femme était grosse. Le 28 octobre, elle accoucha heureusement d'un gros garçon vivant, du poids de 12 livres (5 kil. 100 gr.). Les couches normales.

(Cas rapporté à la séance de la *Société médicale* du 7 novembre 1885.)

OBS. III. — *Kyste parovarien gauche. 2e mois de la grossesse.*

— E. B..., 37 ans. Menstruation commencée à l'âge de 19 ans, revenue toujours irrégulièrement, rarement chaque mois, ordinairement à des intervalles d'un mois et demi à deux mois, avec une durée de 4 à 6 jours; toujours de fortes douleurs lombaires avant les règles. La patiente s'est mariée à 25 ans; elle a eu d'abord deux fausses couches dans le deuxième mois de la grossesse, puis elle accoucha de cinq enfants vivants nés à terme, le dernier, le 25 octobre 1884, et enfin fit une fausse couche dans le 2e mois, le 5 novembre 1886. Les couches sans complications au moins graves. La patiente a allaité tous ses enfants pendant plus d'un an. Après la dernière fausse couche, elle eut constamment des pertes de sang qui n'ont cessé que depuis deux jours; il y a quatre jours on lui donna du fer et du seigle ergoté.

État actuel. 15 décembre 1886. — La malade est pâle, un peu maigre. Utérus recourbé en avant, mobile, insensiblement grossi. Partie vaginale de l'utérus lacérée des deux côtés jusqu'à la voûte du vagin, un peu hyperhémiée. Ouverture externe de l'utérus non érodée; sécrétion plus grande et muqueuse. La partie la plus basse des parois vaginales antérieure et postérieure sort un peu par l'entrée du vagin. A gauche et derrière l'utérus, tout en bas du bassin, se trouve une tumeur mobile, fort douloureuse, de la grosseur d'un petit œuf de poule.

La malade continue à prendre du seigle ergoté et du fer. Règles du 8 au 15 janvier 1887, flux considérable. Le 21 janvier, on lui donna de la teinture de fer. Elle reprend des forces.

Le 14 février, la tumeur se trouvait derrière la symphyse, de la grosseur et de la forme d'un gros œuf de poule, mais ayant à son extrémité une protubérance aplatie de la grosseur d'une petite noix. On sent que la tumeur a une consistance solide; elle reste toujours mobile, mais sans pouvoir se déplacer au-dessus du plan de l'entrée du bassin. Aucune apparition de sang depuis le milieu de janvier. La malade est probablement enceinte.

Comme la tumeur a considérablement grossi, l'extirpation est résolue.

Le 17 février 1887, l'*opération* eut lieu dans ma clinique privée Incision sur la ligne médiane d'une grandeur suffisante pour permettre d'introduire trois doigts dans la cavité abdominale et de saisir la tumeur. D'abord, au toucher direct, on reconnait que c'est un kyste rempli de sérum. Après un examen plus minutieux

on trouve qu'elle manque de pédicule propre, qu'elle s'est développée dans le ligament large, et qu'elle est située en dehors et en bas de l'ovaire, son extrémité se trouvant près de celui-ci. On put néamoins former un court pédicule. Celui-ci fut ligaturé avec de la soie en deux portions, tout en ménageant l'ovaire ; la partie périphérique de la trompe de Fallope, intimement liée au kyste, dut par contre être comprise dans le pédicule nouvellement formé. Pour avoir la partie nécessaire du tissu périphérique depuis les ligatures, le kyste fut dépouillé de la partie de l'enveloppe péritonéale la plus voisine de celles-ci. Le pédicule fut renfoncé. L'ovaire droit est normal, et présente un corps jaune sain. Utérus un peu grossi et mou. Les intestins étaient fort injectés près de l'incision, on ne remarqua aucune inflammation et aucune trace d'écoulement dans la cavité abdominale. La plaie fut recousue comme à l'ordinaire. L'opération avait duré 30 minutes. Bandage de gaze iodoformée.

Le kyste extirpé était de la grosseur et de la forme d'un gros œuf de poule, uniloculaire, à parois minces et diaphanes, à contenu albumineux, clair comme de l'eau.

Le 5e jour au matin, la température était de 38°,7 C., les autres jours, jamais plus de 38° C. Maximum du pouls, 96. Marche de la guérison régulière. Guérison de la plaie par première intention. Le 3 mars, l'opérée se levait et quittait la clinique trois jours après.

Les règles ne reparurent pas, et le 28 mars l'opérée fit une fausse couche dans le 3e mois.

(Cas référé en partie à la séance de la *Société médicale* du 26 février 1887.)

OBS. IV. — *Tumeur dermoïde de l'ovaire droit. Troisième mois de la grossesse.* — V. K..., 33 ans. Menstruation commencée à l'âge de 16 ans ; depuis cette époque les règles sont revenues régulièrement chaque mois, avec une durée de 7 jours. Il y a un peu plus d'un an, elle commença à souffrir d'une endométrite fongueuse pour laquelle je la soigneai (à la curette). Les règles qui avaient été irrégulières pendant la maladie, revinrent régulièrement après le traitement ; les dernières ont duré du 6 au 13 octobre 1887. Forts vomissements pendant les deux dernières semaines. J'avais fait le diagnostic d'une tumeur de l'ovaire lorsque je la traitai, il y a plus d'un an ; le kyste était alors de la grosseur du poing. Elle

ne voulait pas alors qu'on fît l'opération, mais à présent qu'elle se croit enceinte, elle désire être opérée.

État actuel. 6 décembre 1887. — Utérus mou, à courbure normale en avant, grossi comme au troisième mois de la grossesse, mobile, non douloureux. Attenant au côté droit du corps de l'utérus, une tumeur ronde de la grosseur d'une tête d'enfant, mobile et de consistance assez ferme; ligne blanche brun foncé ainsi que les aréoles. Sécrétion lactée dans les seins. La grossesse ne paraît pas douteuse. La tumeur avait en outre gagné en grosseur.

Le 7 décembre 1887 l'*ovariotomie* fut entreprise dans ma clinique privée. Incision sur la ligne blanche presque jusqu'au nombril. La tumeur provenant de l'ovaire droit est jaunâtre et se trouve être de nature dermoïde. Elle est sortie en entier par la plaie. Son pédicule, à la formation duquel la trompe de Fallope ne participe pas, est large d'une main ; il est ligaturé avec deux ligatures partielles et une ligature circulaire de soie, tout en observant de ne pas produire de traction. Aucune toilette de l'abdomen. La plaie est recousue comme à l'ordinaire. L'opération a duré 45 minutes. Bandage de gaze iodoformée avec faible compression.

Kyste uniloculaire contenant des masses pileuses et de la graisse aussitôt figée.

L'opérée souffrit pendant les deux premiers jours de vomissements continuels. On lui administra, le premier jour, une seule fois, et le deuxième jour deux fois, 20 gouttes de teinture d'opium par l'anus. Du reste, la marche de la guérison a été régulière. Température max. 37°,7 C. Max. du pouls, 78. La plaie fut guérie par première intention. L'opérée se lève le 21 décembre et retourne chez elle le lendemain.

Le 15 juillet 1888 elle accoucha d'une fille vivante pesant 9 livres ; l'accouchement n'avait, au propre dire de la femme, duré que deux heures. Les couches normales.

(Cas référé sommairement à la séance de la *Société médicale* du 30 mars 1889.)

Obs. V. — *Tumeur dermoïde de l'ovaire droit, 4e mois de la grossesse.* — V. J..., 31 ans. Menstruation commencée à 15 ans, régulière depuis avec une durée de 2 à 4 jours, accompagnée de quelque douleur. La patiente s'est mariée à 19 ans, a accouché de 3 enfants vivants nés à terme, du dernier il y a 9 ans. Accou-

chements normaux. Il y a dix ans cette femme remarqua qu'elle avait une excroissance dans le ventre; elle était alors de la grosseur d'une pomme de terre, mais elle atteignit peu à peu le volume qu'elle a actuellement. Elle a toujours été mobile et a été parfois le siège de vives douleurs, dont la fréquence a augmenté dans ces derniers temps. Fonctions intestinales s'accomplissent assez difficilement. Évacuation des urines régulière. Dernière menstruation vers la fin d'août de cette année.

État actuel. 10 décembre 1888. — Utérus mou, courbé normalement en avant, non douloureux, mobile, grossi, le fond se trouvant presque à égale distance de la symphyse et du nombril. Partie vaginale de l'utérus en angle droit avec l'axe du vagin, molle, légèrement élargie, colorée en rouge bleuâtre. Même coloration pour le vagin. Dans le bas-ventre, une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, mobile, très peu fluctuante, ronde, non douloureuse, reliée à la corne droite de l'utérus par un court pédicule. Grossesse non douteuse.

Le 12 décembre 1888, l'*ovariotomie* fut exécutée à la maison d'accouchements. Incision sur la ligne blanche. La tumeur est amenée au-dessous de la plaie; elle est bleuâtre (non jaune), au toucher son enveloppe n'est pas huileuse; fluctuation. Ponction à l'aide d'un gros trocart; il sort un liquide jaunâtre, épais, d'aspect sanieux, mais pendant un brusque vomissement de la patiente, il s'échappe un peu de liquide, le long du trocart, dans la cavité abdominale. L'incision est agrandie promptement et la tumeur extraite. Elle provient de l'ovaire droit. Constriction du pédicule d'après le procédé de Lawson Tait et, en outre, par une ligature circulaire de soie faite sur deux points au-dessous de l'enveloppe péritonéale; cautérisation de la plaie (Paquelin). Toute tension du court pédicule a été évitée autant que possible. Toilette péritonéale circonspecte, mais minutieuse avec une solution tiède de sublimé au 2 millième. L'ovaire gauche est sain. La plaie est recousue comme à l'ordinaire par des sutures de soie profondes et par d'autres superficielles. Toute l'opération a été faite en 35 minutes. Bandage de gaze iodoformée avec compression modérée.

La tumeur est un kyste dermoïde uniloculaire; sur les côtés de l'enveloppe, de longs poils épais forment une pelotte de touffes; contenu épais, jaune, d'aspect sanieux, se figeant très vite.

Marche de la guérison régulière. Le premier jour il fut administré 20 gouttes d'opium par l'anus. Le deuxième jour cette dose fut administrée par la même voie quatre fois, et le troisième jour, trois fois. Aucune contraction utérine sensible. Temp. max. 37°,5 C. Max. du pouls, 100. Guérison de la plaie par première intention. Le 25 décembre l'opérée se lève et deux jours après elle sort de l'hôpital.

L'opérée a laissé la relation de son accouchement. Le 25 juin 1889 elle accoucha d'une fille vivante du poids de 1C livres (4,250 gr.). Accouchement et les couches sans perturbations.

(Cas référé sommairement à la séance de la *Société médicale* du 30 mars 1889.)

Obs. VI. — *Kyste de l'ovaire gauche. 6e mois de la grossesse.* — K. W..., 36 ans. Menstruation, commencée à l'âge de 20 ans, revenue régulièrement chaque mois avec une durée de 6 jours. La patiente a eu cinq enfants vivants nés à terme, le dernier en mai 1886. Accouchements normaux. Au mois d'octobre de cette même année, cette femme éprouva dans le creux de l'estomac de fortes douleurs qui durèrent plus d'une semaine et disparurent ensuite, après quoi elle se sentit tout à fait bien portante. Au nouvel an de 1887, elle remarqua dans le côté droit du bas-ventre une tumeur très mobile de la grosseur du poing. Depuis cette époque elle a augmenté peu à peu. Les règles reparurent, après les dernières couches, en décembre 1887, revenant à des intervalles de deux mois, jusque vers la fin de juin de la même année, époque à laquelle elles ont cessé. Fonctions intestinales un peu difficiles dans les derniers temps. Évacuation des urines normale. La patiente déclare sentir les mouvements du fœtus.

État actuel. 10 décembre 1888. — Le bas-ventre est fortement bombé par une tumeur fluctuante dont le point culminant est situé à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde. La partie inférieure de l'utérus est située derrière l'articulation de l'os pubique et à sa gauche, on en peut palper le fond. Paroi abdominale mince, sans œdème. Malgré des auscultations répétées on ne peut entendre les battements du cœur du fœtus. On ne sent pas non plus les mouvements de ce dernier. La plus grande circonférence de l'abdomen est de 96 centim. Distance de la symphyse à l'ombilic, 27 centim., de la symphyse à l'apppendice xiphoïde, 51 centim. De l'ombilic à l'épine iliaque antérieure supérieure droite, 21 cen-

tim. et à l'épine iliaque antérieure supérieure gauche, 26 centim. Jambes sans œdème. La patiente est maigre. Grossesse douteuse.

Le 11 décembre 1888 l'*ovariotomie* fut exécutée à la maison d'accouchements. Incision sur la ligne médiane à égale distance de l'ombilic et de la symphyse. La partie du kyste qui s'est présentée a été ponctionnée à l'aide d'un gros trocart : 5 litres de liquide ont été recueillis, mais il en est sorti une bien plus grande quantité qui n'a pas été mesurée. Après quoi, la tumeur, provenant de l'ovaire gauche, est amenée avec son pédicule large de 3 doigts, court et contenant de nombreux et grands vaisseaux, en évitant toute traction. Constriction du pédicule à l'aide de deux ligatures partielles et d'une ligature circulaire ordinaire en soie, cette dernière passant en deux endroits dans la paroi péritonéale. Après la section du pédicule, on fit la cautérisation (Paquelin). L'ovaire droit est sain. La matrice dont le fond se trouve à la hauteur de l'ombilic est un peu tordue et tournée vers la droite. Légère toilette péritonéale. La plaie est recousue à l'aide de sutures de soie, de profondes et de superficielles. Opération terminée en 40 minutes.

Bandage de gaze iodoformée, avec légère compression.

La tumeur est un kyste prolifère.

On administra à l'opérée, aussitôt après l'opération, 20 gouttes de teinture d'opium par l'anus, et le soir la même quantité. Même dose d'opium 4 fois le lendemain, et 3 fois le surlendemain. Température maxima le lendemain soir, 38°,1 C. ; pouls maximum, 112. Du reste, la marche de la guérison a été régulière. La plaie a été guérie par première intention. Le 27 décembre l'opérée se lève et quatre jours après elle est transférée à la Clinique gynécologique, et bientôt après elle peut s'en retourner chez elle.

L'opérée accouche le 18 mars 1889 d'un garçon vivant, gros. Accouchement et couches normales.

(Cas référé sommairement à la séance de la *Société médicale* du 30 mars 1889.)

OBS. VII. — *Kyste de l'ovaire gauche. 7me mois de la grossesse.* — S. H..., 24 ans. Menstruation commencée à l'âge de 15 ans ; revint ensuite assez irrégulièrement à des périodes de 4 à 5 semaines, avec une durée d'un à deux jours, toujours accompagnée de grandes douleurs lombaires. La patiente s'est mariée à 20 ans ; elle accoucha le 28 avril 1887 d'un enfant vivant né à terme ; pas de fausse couche. Les couches normales. L'enfant

fut allaité jusqu'à 17 mois, ce qui contribua un peu à diminuer les forces de la mère. Depuis le printemps de 1887, le sujet éprouve parfois un grand malaise dans tout le corps et offre des symptômes d'anémie. Les règles revinrent pour la première fois depuis l'accouchement au mois de mai de la même année; elle ne peut se rappeler l'époque de la dernière menstruation. Elle sentit les premiers mouvements du fœtus au mois de mars de cette année. Pendant ces derniers mois la patiente a souffert d'une grande douleur dans le côté gauche, ce qui l'empêche de se mouvoir librement.

État actuel. 15 avril 1889. — La femme est pâle. Utérus grossi, mou, dont le fond se trouve à deux doigts au-dessus de l'ombilic. La partie vaginale de l'utérus est rouge bleuâtre. Le vagin est légèrement rouge bleuâtre. On peut palper distinctement les parties du fœtus; bruit fœtal. La ligne blanche et les aréoles sont légèrement pigmentées (la femme est blonde). A gauche de l'utérus et attenant à la corne de celui-ci, une tumeur grosse comme un œuf de poule, très peu fluctuante, ronde, mobile et très douloureuse. Quelques jours après, il se déclare une bronchite aiguë, accompagnée de crachats purulents.

Le 18 avril l'*ovariotomie* est exécutée dans ma clinique privée. Incision sur la ligne blanche au-dessous et tout près de l'ombilic. A l'aide de trois doigts introduits dans la cavité abdominale on ramène un tumeur provenant de l'ovaire gauche. Le pédicule est court, large d'environ trois doigts, contenant de nombreuses veines dilatées. Tout en ayant soin d'éviter toute traction, la constriction est faite au moyen de deux ligatures partielles et d'une ligature circulaire de soie, les premières faites d'après le procédé de Lawson Tait, la dernière passée en deux endroits sous la séreuse. Après la section, cautérisation au thermocautère de Paquelin. Aucune toilette péritonéale. La plaie est recousue de la manière ordinaire. L'opération a duré 25 minutes. — Bandage de gaze iodoformée, avec légère compression.

20 gouttes de teinture d'opium avaient été administrées par l'anus immédiatement avant l'opération ; la même dose fut répétée encore deux fois le même jour. Les deux jours suivants on administra encore trois fois une dose de 20 gouttes d'opium par l'anus. Les quatre premiers jours, l'opérée fut tourmentée par la toux. La température s'élevait le lendemain soir à 30°,1 C. et

pouls à 108. Tout fut ensuite normal. La plaie se guérit par première intention. Le 2 mai l'opérée se leva et quitta la Clinique le même jour; elle dut pourtant, pendant les premiers jours, éviter toute fatigue. Aucun indice de travail d'accouchement. Les mouvements du fœtus sont les mêmes que dans les conditions ordinaires. L'opérée accoucha d'un garçon vivant du poids de 8 livres, 20 juillet 1889. Accouchement et puerpéralité sans perturbation.

Outre ces 7 ovariotomies pendant la grossesse, que j'ai opérées moi-même, on peut en citer encore deux faites dans notre pays. L'une faite le 8 mars 1879 par *J. Pippinsköld*, pendant le neuvième mois de la grossesse, ou plus probablement pendant le travail de l'accouchement. L'autre par *G. Heinricius* (1), au commencement de la grossesse. Les deux avec une heureuse issue pour l'opérée.

Sur les 82 cas d'ovariotomie pendant la grossesse recueillis par *Olshausen*, 74 furent couronnés de succès, ce qui donne une mortalité de 9,75 0/0. Mais parmi ces cas de mort, il y en a qui appartiennent à l'époque où les antiseptiques n'étaient pas encore en usage. Dans un de ces cas l'utérus fut pris pour un kyste et ponctionné, et dans un autre cas mortel, l'ovariotomie fut entreprise pendant l'agonie (torsion du pédicule). La proportion donnée des cas de mort est par conséquent augmentée par des circonstances qu'il serait facile d'éviter.

Dans les 41 ovariotomies faites par *Lawson Tait*, *Olshausen*, *Schröder* et *Spencer Wells*, il ne mourut que 2 femmes en conséquence de l'opération. Les 7 opérations que j'ai accomplies ont toutes été heureuses pour les malades. Si l'on réunit les cas des opérateurs qui ont, sous ce rapport, une assez grande expérience, on citera :

---

(1) Rapporté à la séance de la *Société méd.*, 1889.

SCHRÖDER	12 ovariotomies	avec	0 cas	de mort.
LAWSON TAIT....	11	»	» 1	»
SPENCER WELLS..	10	»	» 1	»
OLSHAUSEN......	8	»	» 0	»
ENGSTRÖM.......	7	»	» 0	»
	48	»	» 2	»

Par conséquent une mortalité qui n'est que de 4,16 0/0.

D'après cela, on peut être convaincu que l'entreprise d'une ovariotomie sur une femme enceinte ne comporte pas plus de dangers que dans les cas ordinaire. Quant à la santé à venir, elle ne paraît pas offrir de différence, que l'opération ait été faite sur une femme enceinte ou sur une autre.

Parmi les tumeurs ovariques extirpées, il s'en trouve pourtant d'une grosseur énorme, les plus grosses qu'on ait jamais vues. Dans les cas que j'ai opérés, il ne s'en trouvait pas de dimensions extraordinaires. Les plus grosses sont celles des cas 2 et 6. La première, qui n'était pas de médiocre grosseur, offrit en outre de très grandes difficultés pour l'extirpation.

Il y a peu à dire en ce qui concerne la marche de l'opération elle-même. On doit observer les mêmes principes que ceux de la laparotomie ordinaire. Si la tumeur est située en haut, il est tout à fait rationnel, comme le propose *Larrivé* (1), de faire l'incision autant que possible à la même hauteur. On ne sera pas alors contraint d'exercer une traction inutile sur le pédicule. C'est en m'appuyant sur cette raison que j'ai, dans mon 7e cas, fait l'incision juste au-dessus de l'ombilic.

C'est précisément sur ce fait, que l'attention paraît devoir se porter. Une tension exercée sur le pédicule peut facilement causer une excitation des muscles de l'utérus, et par conséquent, provoquer des contractions. En outre le pédicule de la tumeur doit être ligaturé avec une grande circonspec-

(1) *Archives de tocologie*, VII, 1880, p. 607.

tion, afin que, dans le cas où il surviendrait des contractions utérines, aucune des ligatures ne vienne à se relâcher ou à glisser. La plaie doit aussi être recousue avec soin, afin qu'elle ne puisse se rouvrir sous l'effet d'un jeu possible des muscles abdominaux.

Mais, outre les influences purement mécaniques, une autre circonstance doit aussi être prise en grande considération.

La matrice gravide ne doit rester découverte pendant l'opération que le temps rigoureusement nécessaire. Autrement le refroidissement auquel celle-ci serait exposée en amènerait inévitablement la contraction. Nous avons justement remarqué, pendant des expériences sur des bêtes pleines, avec quelle facilité la matrice entre en contraction lorsqu'on laisse pénétrer l'air froid extérieur. Dans mes opérations, je me suis efforcé de la préserver de cette influence, soit en couvrant l'enveloppe abdominale au-dessus de l'utérus, soit en la protégeant avec une éponge imbibée d'une solution tiède de phénol.

Il serait bon de faire porter à l'opérée un bandage bien fixé, pendant les quelques mois qui suivent l'opération, pour maintenir la cicatrice de l'abdomen, précaution d'autant plus nécessaire pendant la grossesse à cause de la dilatation qui se produit pendant son cours.

Si le travail de l'accouchement commence même immédiatement après l'opération, il paraît avoir, pour la mère, l'issue la plus heureuse. C'était du moins le cas pour l'opération faite par *Pippinsköld*. Lorsque l'incision a été guérie, et lorsque les phénomènes de circulation et de nutrition ont repris leur équilibre dans le pied du pédicule et dans les parties voisines, le travail de l'accouchement peut difficilement avoir une influence préjudiciable sur ces parties. Pour mes opérées l'accouchement paraît s'être passé d'une manière normale, de même les couches.

D'après les statistiques dernièrement recueillies par *Jetter*, le nombre des fœtus qui ont péri par suite de la présence d'une tumeur ovarique est assez considérable, soit

que la grossesse ait été interrompue à une époque où le fœtus n'était pas encore viable, soit que les fœtus aient succombé par suite des difficultés qui sont venues compliquer l'accouchement.

Dans cet état de choses, on se demande comment l'extirpation de la tumeur ovarique pourrait nuire à l'existence du fœtus.

Nous savons sans doute que les opérations faites sur les organes de la génération, pendant la grossesse, peuvent facilement amener une fausse couche. L'expérience prouve cependant que, dans la majorité des cas, l'ovariotomie pratiquée sur une femme enceinte, ne cause pas d'accouchement prématuré. D'après *Olshausen*, le nombre de ces cas n'atteint pas 20 0/0, et pourtant dans ce chiffre sont compris un certain nombre de cas où la matrice gravide a été ponctionnée. Dans aucun de mes sept cas l'opération ne paraît avoir causé un commencement de travail d'accouchement. On pourrait difficilement attribuer à cette cause la fausse couche qui, dans le cas n° 3, est arrivée plus de cinq semaines après l'opération ; la principale cause en était la lacération bilatérale de la portion vaginale de l'utérus.

Pour m'opposer aux contractions de l'utérus qui pouvaient survenir, j'ai administré de l'opium par le rectum toutes les fois que la grossesse n'était pas douteuse. Je ne crois pas pourtant pouvoir me prononcer sur l'importance de ce moyen prophylactique. On doit admettre qu'il mérite d'être mis à l'essai.

Mais, que l'on puisse ou non diminuer encore le danger d'un accouchement prématuré, le pronostic du fœtus, comme les faits paraissent le prouver, est bien meilleur quand il y a extirpation de la tumeur qu'avec l'expectation. Nous nous appuyons sur la comparaison des résultats de la statistique de *Jetter*, déjà citée plus haut, avec ceux de *Olshausen*, concernant les accouchements prématurés survenus après l'opération de l'ovariotomie. D'après les chiffres ci-dessus indiqués, nous voyons que 48 0/0 environ des fœtus ont péri,

soit à cause d'une interruption prématurée de la grossesse, soit pendant l'accouchement. D'après *Olshausen*, l'accouchement prématuré n'intervient pas pour plus de 20 0/0 des cas. Et, si l'on tient compte d'un certain pour cent des fœtus qui sont morts pendant un accouchement à terme, la mortalité des fœtus par suite de l'ovariotomie faite pendant la grossesse, ne sera pas bien grande.

On s'est demandé si l'ovariotomie donnait des résultats également bons dans toutes les phases de la grossesse. *Wilson* a prétendu qu'après le cinquième mois le pronostic était plus mauvais que pour les époques antérieures; mais il n'est pas encore possible de se prononcer avec certitude à cet égard, car le nombre des cas connus n'est pas bien grand par lui-même. Il arrive, en effet, comme le prétend *Schrœder*, que pendant la croissance constante de la matrice, le pédicule de la tumeur se raccourcit d'une manière fâcheuse parce que les lamelles du ligament large participent peu à peu à la formation de l'enveloppe séreuse de la tumeur. Lors de la constriction du pédicule les ligatures doivent être situées tout près de l'utérus et peuvent facilement provoquer l'irritation de celui-ci.

Se fondant sur tout ce qui précède, la plupart des accoucheurs modernes estiment qu'une tumeur ovarique doit être extirpée, même pendant la grossesse, et cela aussitôt que possible. Le petit volume de la tumeur est loin d'être une contre-indication de l'opération, car c'est avec les petites tumeurs qu'il faut le plus redouter une torsion du pédicule.— *Carl Schœder* (1) est un des premiers qui se soient prononcés pour l'extirpation d'une tumeur ovarique, même pendant la grossesse. Auparavant, un grand nombre estimaient avec *Kœberlé* (2), que l'opération devait, autant que possible, être renvoyée après la grossesse.

(1) CARL SCHROEDER. *Handb. d. Krankheiten d. weibl. Geschlechts organe.* 4 Aufl. Leipzig, 1879, p. 393.

(2) KOEBERLÉ. Ovariotomie. *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* et *Bulletin génér. de thérap.*, 1878, 15 mai.

Même encore dans ces derniers temps, certains accoucheurs sont très réservés à cet égard. Entre autres *Thomas Addis Emmet* (1) qui est d'avis que « as a general rule an ovarian tumor should not be removed if early pregnancy coexists ». *L. de Sinéty* (2) s'exprime d'une façon un peu moins négative, « l'ovariotomie n'est pas absolument contre-indiquée par l'état de gestation ».

Il se présente pourtant des cas où l'extirpation de la tumeur pendant la grossesse est difficile au plus haut degré et même impossible. Par exemple, lorsque la tumeur remplit plus ou moins complètement le petit bassin, et que la matrice a déjà acquis un certain développement. Il peut alors être difficile, sinon impossible, de retirer la tumeur du bassin et de l'extirper à la manière ordinaire. Dans un cas semblable, je fus obligé, au commencement du septième mois de la grossesse, de provoquer l'accouchement et d'extirper, aussitôt après, la tumeur qui occupait une grande partie du petit bassin.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA VOIE SACRO-COCCYGIENNE

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — SON UTILISATION DANS LE TRAITEMENT DES SALPINGITES (3)

Par le Dr **Pierre Delbet**, prosecteur à la Faculté.

C'est pour agir sur le rectum qu'on a imaginé de passer par la partie postérieure du bassin. Il y a déjà longtemps, Kocher et Verneuil avaient proposé de réséquer le coccyx, lorsqu'on était gêné par ce petit os pour extirper des cancers

(1) THOMAS ADDIS EMMET. *The principles and practise of Gynæcology.* London, 1880, p. 827.

(2) L. DE SINÉTY *Traité pratique de gynécologie et des maladies des femmes*, 2e éd. Paris, 1884, p. 746.

(3) Extrait de : *Les suppurations pelviennes chez la femme.* Paris, Steinheil.

de la partie inférieure du rectum. Mais cette résection n'avait, on peut dire, rien de commun avec la nouvelle opération, qui a été proposée par Kraske(1) en avril 1885 au XIVe congrès des chirurgiens allemands. Kraske résèque d'emblée, afin d'atteindre des tumeurs « placées trop bas pour la laparotomie, trop haut pour l'extirpation par l'anus », la partie inférieure et latérale gauche du sacrum, depuis le troisième trou sacré jusqu'à la corne. Bardenheuer a proposé de réséquer transversalement toute la partie inférieure du sacrum en passant au-dessous des troisièmes trous sacrés. Il est juste de dire que Kraske avait indiqué cette modification, et était décidé à l'employer lui-même pour des cas spéciaux, car je lis dans son mémoire (2): « Dans les cas particulièrement difficiles, lorsque les adhérences de la tumeur sont très étendues, je n'aurais aucun remords de réséquer une étendue encore plus considérable du sacrum vers la droite, et d'ouvrir le canal sacré ». Il renvoie à une figure sur laquelle on peut voir que la résection qu'il se proposait de faire est fort semblable à celle de Bardenheuer.

Hochenegg (3) est le premier qui ait proposé d'employer la voie sacrée pour les opérations gynécologiques. Herzfeld (4), peu de temps après, a soutenu la même proposition. Les deux auteurs n'avaient en vue que l'extirpation de l'utérus ; et leurs deux mémoires, appuyés sur des recherches cadavériques, ne renferment aucune observation. L'année suivante, Hochenegg (5) publiait les deux premières observations d'application de la voie sacrée aux opérations gynécologiques faites sur le vivant. Dans l'un de ces cas, qui est de Gersuny, on avait fait une extirpation totale de l'utérus pour un cancer : dans l'autre, qui est de Hochenegg lui-même, il s'agit d'une amputation supra-vaginale pour une tumeur kys-

(1) KRASKE. *Arch. f. klin. Chir.*, vol. XXXIII, 3 f., p. 562, 1886.

(2) KRASKE. *Loc. cit.*, p. 257.

(3) HOCHENEGG. *Wiener klin. Wochensch.*, 1888, n° 19.

(4) HERZFELD. *Allg. Wiener med. Zeitung.*, 1888, n° 34.

(5) HOCHENEGG. *Wiener klin. Wochensch.*, 1889, n° 9.

tique du paramétrium. Mais déjà, à la clinique de Fribourg-en-Brisgau, Hegar et Wiedow (1) s'étaient servis de la voie sacrée pour extirper ou inciser des tumeurs salpingiennes dans deux cas qui n'ont été publiés qu'en mars 1889. En juin 1889, Czerny a enlevé par la même voie un carcinome primitif de l'ovaire; et il est très probable que d'autres chirurgiens ont, à la même époque ou depuis, pratiqué des opérations du même genre qui ne sont pas encore publiées. On voit en tout cas que la question est toute neuve et qu'il est impossible de porter aujourd'hui sur elle un jugement définitif.

Je vais d'abord dire en quoi consiste essentiellement la méthode et quelles sont les principales manières de faire l'opération.

La méthode consiste à ouvrir l'espace sacro-sciatique en désinsérant le grand fessier et les ligaments sacro-sciatiques, le sacro-épineux et le sacro-tubérositaire; puis à agrandir l'espace ainsi créé en réséquant une portion du sacrum. C'est là sa caractéristique essentielle. Une fois la brèche créée, on peut agir soit sur les tissus sous-péritonéaux sans ouvrir le péritoine, soit sur les tumeurs intra-péritonéales, en ouvrant la séreuse. Dans le premier cas, on ne fait pas de laparotomie; dans le second, on en fait une. En m'occupant des phlegmons et abcès pelviens, j'envisagerai plus tard les avantages et les inconvénients que la voie sacro-coccygienne présente pour ce genre d'affection. Ici, je n'envisagerai que la laparotomie par la voie sacro-coccygienne; mais je décrirai une fois pour toutes les différentes manières de pratiquer les premiers temps de l'opération, c'est-à-dire la section de la peau et de l'os.

Voici d'abord l'opération de Kraske, la première en date (2): il fait une incision verticale et médiane qui commence en haut à peu près à mi-hauteur du sacrum, et se prolonge en bas jusqu'à l'anus. Cette incision va en profondeur jusqu'à

(1) WIEDOW. *Berlin. klin. Wochensch.*, 11 mars 1889, p. 202.

(2) KRASKE. *Loc. cit.*, p. 566.

l'os. Il détache les insertions du fessier le long du bord gauche du sacrum, résèque le coccyx et sectionne au ras du sacrum les deux ligaments sacro-tubérositaire et sacro-épineux, c'est-à-dire le grand et le petit ligament sciatique. Puis avec la gouge et le maillet, il résèque l'extrémité inférieure de la partie gauche du sacrum, suivant une ligne qui passe horizontalement sous le troisième trou sacré et se recourbe en formant un arc à concavité gauche pour venir aboutir à la corne du sacrum. Les branches postérieures des nerfs sacrés sont sectionnées ; de même les branches antérieures des 4e et 5e paires ; seules les branches antérieures de la 3e paire sont soigneusement ménagées.

Telle est l'opération primitive. Bardenheuer, toujours en vue des cancers du rectum, a proposé de sectionner transversalement le sacrum. J'ai déjà dit que Kraske avait indiqué cette modification ; et comme nous retrouverons plus tard la même manière de sectionner le sacrum, en étudiant le procédé opératoire de William Lévy, je la laisse momentanément de côté.

A la clinique d'Hegar (1), où l'opération a été faite trois fois pour des cas gynécologiques, on a employé successivement deux procédés différents, le premier ne diffère pas notablement de celui de Kraske. Dans le second, au contraire, on s'est proposé pour la première fois de faire seulement une résection temporaire du sacrum, c'est-à-dire de conserver la portion d'os sectionnée et momentanément rabattue. Voici la description de l'opération, telle que Wiedow 'a donnée dans le cas II de son mémoire. On fait sur la face postérieure du sacrum une incision en Y qui commence à trois centimètres au-dessous et en dedans de l'épine iliaque postérieure et inférieure et finit à la pointe du coccyx. Le lambeau supérieur reste adhérent à la face postérieure du sacrum. Les muscles et les ligaments sont sectionnés sur le côté de l'os, le rectum est décollé de sa face antérieure ;

(1) Wiedow. *Loc. cit.*

puis le sacrum est sectionné avec la scie à chaîne suivant une ligne oblique dont l'extrémité droite correspond à l'espace compris entre le 3e et le 4e trou sacré, l'extrémité gauche à la corne sacrée. L'os ainsi sectionné est rabattu avec la peau ; et plus tard, lorsque l'opération est terminée, on le remet en place.

Déjà W. Heineke (1) avait proposé pour les cas de cancer du rectum de faire la résection temporaire des os. William Lévy (2) a modifié avantageusement son procédé opératoire en ce qui concerne la section de la peau et de l'os. Le principal but de ce dernier est de conserver les insertions et par suite la solidité du plancher pelvien. Voici la description qu'il a donnée de son procédé après l'avoir étudié sur le cadavre, mais sans l'avoir appliqué sur le vivant : « Je fais une incision transversale et horizontale de 8 à 10 centimètres sur le sacrum à un travers de doigt au-dessus de la corne coccygienne. L'incision pénètre d'emblée jusqu'à l'os. Des deux extrémités de cette incision, j'en fais partir deux autres verticales, dirigées de haut en bas, qui intéressent la peau et toute l'épaisseur du grand fessier. Un crochet est placé dans l'une de ces incisions verticales pour l'attirer fortement en dehors ; on peut alors, en décollant le grand fessier, mettre à nu et inciser les ligaments sacro-tubérositaire et sacro-épineux, dans le sens de l'incision transversale. On fait de même du côté opposé. Ensuite on décolle le tissu conjonctif de la face antérieure du sacrum, et on sectionne l'os transversalement avec une pince. L'os sectionné reste adhérent à la peau, et il porte encore la majeure partie des insertions des ligaments sacro-sciatiques. En le saisissant avec un fort crochet, on le renverse en arrière et en bas ». L'opération achevée, on remet l'os en place et on le suture.

A l'exposé de ces procédés opératoires, je vais joindre le résultat de mes recherches cadavériques.

---

(1) W. Heineke. *Munschener med. Wochensch.*, 1883, n° 37.

(2) W. Lévy. *Cent. f. Chir.*, 1889, n° 13, p. 218.

D'abord, comme il n'est pas toujours aisé de reconnaître, non seulement avant l'incision de la peau, mais même lorsqu'on est plus avancé dans l'opération, la situation des trous sacrés, je vais indiquer quels sont leurs rapports habituels. Dans la position verticale, la corne du sacrum est située à peu près sur la même ligne horizontale que les épines sciatiques dont on peut reconnaître la situation par le toucher rectal ou vaginal. Le 4[e] trou sacré se trouve juste au niveau de l'angle que fait le sacrum en commençant brusquement à se rétrécir. Cet angle peut être facilement senti dans la plaie. Enfin, de la pointe du coccyx au bord inférieur du 3[e] trou sacré, limite supérieure des sections permises de l'os, il y a une distance de 6 centimètres à 6 centimètres et demi. Cette distance est mesurée, non pas en suivant le contour de l'os, mais en projection, c'est-à-dire en plaçant les deux pointes d'un compas d'épaisseur, l'une sur l'extrémité du coccyx, l'autre sur le bord inférieur du 3[e] trou sacré postérieur. Pratiquement, lorsque, sur le sujet vivant, ou sur le cadavre pourvu de ses parties molles, on applique l'une des pointes d'un compas d'épaisseur ou d'une règle d'ajusteur sur la pointe du coccyx, l'autre pointe, éloignée de 6 centimètres de la première, se trouve au-dessous du 3[e] trou sacro-postérieur.

Au point de vue de l'opération, ce qui importe le plus, c'est d'avoir du jour, et pour avoir du jour, ce qui est le plus important, c'est la manière de sectionner l'os. Les résections latérales du sacrum, qui permettent d'agir facilement sur le rectum, ne donnent que peu de place quand il faut pénétrer plus loin dans la cavité péritonéale; mais elles ont l'avantage de ne pas ouvrir le canal sacré. Encore pour éviter cette ouverture du canal sacré, faut-il faire l'incision verticale un peu latérale, ou si on la fait médiane, prendre soin de ne pas la poursuivre jusqu'à l'os; car si on allait sur la ligne médiane jusqu'à l'os, on ouvrirait fatalement ce canal, qui, à ce niveau, est dépourvu en arrière de paroi osseuse.

La résection transversale donne beaucoup plus de jour;

mais elle ouvre forcément le canal sacré. Cet inconvénient est-il sérieux? Bardenheuer ne paraît pas le penser, puisqu'il n'en parle pas dans les dangers de son opération. Kraske, qui, ainsi que je l'ai dit, était déterminé dès son premier mémoire à réséquer transversalement au-dessous du 3e trou sacré, envisageait sans crainte l'ouverture du canal (1). « Le sac dure-mérien ne s'étend pas assez bas pour être blessé; quant à la section du filum terminale, elle serait sans importance » ; et pour démontrer que l'ouverture du canal sacré peut être faite sans inconvénient, il cite un cas de Volkmann qui a réséqué avec succès une partie considérable du sacrum pour un sarcome myélogène. Il est donc vraisemblable que l'ouverture du canal sacré à ce niveau n'aurait pas grande importance; toutefois, nous n'en serons bien sûr que lorsque les faits seront plus nombreux. Les résections latérales et transversales du début avaient toutes l'inconvénient énorme de détruire les insertions des ligaments sacro-sciatiques et du releveur de l'anus au coccyx. Il devait en résulter un affaiblissement notable du plancher pelvien par suite du relâchement du releveur, et peut-être des troubles dans la marche et dans la station, par suite de la destruction des principaux ligaments postérieurs du bassin. Kraske estimait que la cicatrice pouvait remplacer les ligaments sacro-sciatiques. Mais cela n'est pas démontré. Quant à l'affaiblissement du plancher pelvien, il n'a pas eu de grave conséquence dans un cas de Hochenegg, car la malade, après avoir subi la résection du rectum par la méthode de Kraske, est devenue enceinte et a normalement accouché (2); mais ce cas est unique. Aussi il me paraît hors de doute qu'il y aurait grand avantage à conserver toutes ces insertions. William Lévy (3) a trouvé un moyen très simple de faire. Au lieu de réséquer le coccyx et de désinsérer les ligaments sacro-sciatiques de

---

(1) KRASKE. *Loc. cit.*, p. 572.
(2) LIHOTZKY. Soc. Imp. de Vienne. In *Semaine méd.*, 21 nov. 1888, p. 448.
(3) W. LÉVY. *Loc. cit.*

chaque côté du sacrum, il sectionne ces ligaments transversalement, et, par suite, il n'en sectionne qu'une partie; l'os coupé, on peut, malgré les ligaments encore en place, faire basculer la partie sectionnée du sacrum de haut en bas et d'avant en arrière, et obtenir ainsi un jour suffisant. Je vais y revenir. Je veux auparavant déterminer le point où l'on doit sectionner le sacrum.

La nécessité d'avoir du jour réclame qu'on le sectionne le plus haut possible; mais le danger de détruire des nerfs importants exige qu'on ne monte pas trop haut. Il s'agit donc de trouver un point qui donne assez de place, tout en ménageant les nerfs sacrés. Le point que Kraske a déterminé pour la résection latérale, convient parfaitement pour la résection transversale. C'est le bord inférieur du 3e trou sacré. Plus bas, on n'a pas assez de jour; plus haut on tomberait au milieu des fibres du pyramidal, ce qui serait gênant; et l'on serait obligé de sacrifier les nerfs qui sortent par les troisièmes trous sacrés antérieurs, ce qui aurait sans doute des inconvénients notables, car ces nerfs sont volumineux. Au contraire, les nerfs qui sortent au-dessous du 3e trou sacré, sont si petits qu'on peut les couper sans rien craindre.

Quand on veut pénétrer profondément jusque dans la cavité péritonéale, et être libre d'y faire commodément les manœuvres nécessaires, le mieux, au point de vue opératoire, est de procéder de la manière suivante (c'est à peu près exactement ce que Lévy a recommandé) : A 6 cent. au-dessus de la pointe du coccyx, 6 cent. en projection, on fait une incision horizontale et transversale longue de 10 cent. De chaque extrémité de cette incision, on en fait partir une autre obliquement dirigée en bas et en dedans, qui vient se terminer entre l'anus et le coccyx, mais sans atteindre la ligne médiane. Les deux incisions latérales convergent donc vers le bas, mais sans se rencontrer. Ces deux incisions doivent aller en profondeur jusqu'au grand fessier, et pas plus loin. Il est inutile pour le moment d'inciser les fibres musculaires. C'est dans l'incision horizontale qu'il faut travailler. Dans

sa partie moyenne, on coupe jusqu'à l'os; de chaque côté, on voit les fibres du grand fessier presque exactement parallèles à l'incision. Il suffit de passer entre ses faisceaux charnus pour arriver sur les ligaments sacro-sciatiques. On sectionne alors le ligament sacro-tubérositaire presque perpendiculairement à ses fibres, et le sacro-épineux parallèlement aux siennes. Ce dernier ligament n'est pour ainsi dire pas affaibli par cette section; quant au premier, au sacro-tubérositaire, il est complètement sectionné si l'on pousse jusqu'à son bord externe. On peut se dispenser d'aller aussi loin dès le début, quitte à le faire plus tard si la place n'est pas suffisante. Lorsqu'on a fait à droite et à gauche la section des ligaments sciatiques, on a, de chaque côté du sacrum, une boutonnière transversale au travers de laquelle on peut facilement introduire l'index ou une rugine. Ce doigt, ou cet instrument, glisse alors sur la face antérieure du sacrum, décollant et repoussant en avant tout ce qu'il rencontre, de manière à dégager l'os sur sa face antérieure au niveau de l'incision transversale. Cela fait, il reste à sectionner l'os. On peut le faire, soit avec une pince coupante, soit avec une scie à chaîne, soit même avec une scie ordinaire, d'arrière en avant, à la condition de glisser d'abord devant le sacrum un instrument quelconque destiné à arrêter les échappées de la scie vers le bassin.

Le sacrum sectionné se laisse facilement rabattre d'avant en arrière. Bien que le grand fessier et les ligaments sacro-sciatiques ne soient pas désinsérés de ses bords latéraux, on peut écarter les deux surfaces de section de 5 centimètres, et cela est suffisant pour la majorité des cas. La brèche ouverte a les dimensions suivantes : dans le sens vertical, 5 centimètres ; dans le sens transversal, entre les deux épines sciatiques revêtues des parties molles, de 8 à 9 centimètres. Si dans des cas exceptionnels, cette large brèche n'était pas suffisante, on pourrait encore l'agrandir, dans le sens vertical, en désinsérant des bords du sacrum le ligament sacro-épineux, ce qui permettrait de renverser l'os

davantage ; dans le sens transversal, en incisant dans la profondeur et transversalement au-dessus des épines sciatiques (1). On pourrait alors pénétrer jusqu'au fond des échancrures sciatiques, ce qui donnerait un écartement transversal de 12 centim. environ. Ces deux manières de faire auraient des inconvénients réels : il ne faudrait donc y avoir recours que sous la pression de la nécessité.

Le sacrum écarté, on a devant soi le rectum qu'il faut récliner ; il est généralement plus facile de le récliner à gauche. Cet intestin mis à l'abri, il faut pénétrer jusqu'au péritoine, à travers les fascia sous-péritonéaux. Il n'y a à ménager que les nerfs : en se tenant sur ou près de la ligne médiane, on ne peut pas rencontrer d'autres organes importants. Souvent, dès que le sacrum est renversé en arrière, on voit immédiatement les branches antérieures des troisièmes paires sacrées ; rien alors n'est plus facile que de les ménager. Mais on ne les voit pas toujours ; aussi, bien qu'on ne soit pas exposé là à de graves dangers, je pense qu'il vaut mieux ne pas user du bistouri. Il est plus simple et tout aussi commode d'effondrer les fascia avec le doigt, pendant qu'un tampon placé d'avance, ou un aide avec un doigt introduit dans le vagin, soutient l'utérus et le cul-de-sac postérieur. On arrive facilement ainsi sur le péritoine qu'on incise avec les précautions habituelles. La boutonnière péritonéale peut être faite, soit verticale, soit transversale, suivant ce que l'on prévoit pour la suite de l'intervention.

Lorsqu'on a terminé la partie intra-pelvienne de l'opération, on relève le segment inférieur du sacrum, qui, pendant tout le temps de l'opération, a conservé la plupart de ses connexions vasculaires ; on coapte soigneusement les deux surfaces de section et l'on suture la peau. La suture osseuse paraît inutile. Les ligaments et les autres parties molles suffisent à maintenir l'os en place.

(1) Le prolongement des incisions transversales aurait l'inconvénient grave d'exposer à blesser les artères honteuses internes et ischiatiques.

Dans les cas où l'on n'a pas besoin d'autant de place, on peut faire la résection latérale, sans ouvrir le canal sacré. Le meilleur mode opératoire me paraît être le suivant : On fait une incision en L renversée, dont la branche horizontale, toujours placée à 6 centimètres au-dessus de la pointe du coccyx, commence un peu en dehors de la ligne médiane et mesure 5 à 6 centimètres de long. La branche verticale descend en dehors de la ligne médiane, et dépasse un peu la pointe du coccyx. L'incision verticale pénètre jusqu'à l'os; l'incision transversale est traitée comme dans la précédente opération. On décolle de même les tissus le long de la face antérieure du sacrum, et l'on sectionne l'os suivant deux traits, dont l'un transversal passe au-dessous du 3[e] trou sacré, et l'autre vertical reste en dehors de la ligne médiane.

A ma connaissance, la voie sacrée n'a été employée qu'une fois pour l'extirpation des tumeurs salpingiennes. Voici le fait qui a été publié par Wiedow (1) :

F. W..., 30 ans, pas d'enfant. Réglée à 13 ans, scrofuleuse. Règles irrégulières. Depuis des années, douleurs au moment des époques. Leucorrhée. Maux de tête. Troubles de la miction. État actuel. Femme vigoureuse. Hymen déchiré. Petit utérus en antéflexion normale.

Derrière le ligament utéro-sacré, on trouve une tumeur formée de deux segments gros chacun comme une noix, reliée à l'utérus par un cordon épais, et solidement adhérente au ligament. Entre l'utérus et la paroi abdominale se trouve une autre tumeur peu mobile, du volume d'un œuf d'oie.

Opération : Incision comme dans le cas II (je viens de décrire cette opération). Le péritoine ouvert et fixé par deux points de suture, on attaque la grosse tumeur de droite. En raison de son volume et de la raideur des ligaments, particulièrement du ligament

(1) WIEDOW. *Berlin. klin. Wochensch.*, 11 mars 1889, p. 202. Ce petit mémoire renferme 3 observations : une incision d'abcès, une extirpation de l'utérus, une extirpation de trompes. Je ne donne ici que le 3[e] cas (salpingotomie). Le premier cas (ouverture d'abcès) sera rapporté à sa place. Quant au second (hystérectomie), il n'a rien à faire dans ce travail.

infundibulo-pelvien, il est difficile de la manier. Ce n'est qu'après avoir vidé le sac tubaire qu'on peut l'amener au dehors, le pédiculiser et l'enlever. Au-dessous du sac, on trouve une petite tumeur du volume d'une châtaigne, très adhérente au péritoine pariétal et à la face postérieure des ligaments larges : comme il aurait fallu une grande force pour l'enlever on la laisse. A gauche, les difficultés sont également considérables. La tumeur est plus petite, mais la trompe et l'ovaire sont très adhérents, les ligaments extraordinairement rigides, si bien qu'on ne peut enlever avec la trompe qu'une partie de l'ovaire. Un morceau de ce dernier est resté dans le pédicule. Pour faire la ligature de ce pédicule, on dut employer un fil élastique.

Après l'ablation de la tumeur, les pédicules (1) sont attirés par des fils de soie et fixés en dehors du péritoine dans l'angle de la plaie. Le péritoine est suturé; la peau après adaptation de l'os est partiellement réunie, et la cavité qui reste est tamponnée avec de la gaze au chlorure de zinc.

Pas de fièvre, les trompes renfermaient une bouillie caséeuse, — l'examen bacillaire n'est pas achevé, — le sacrum est en bonne position; il est encore un peu mobile, mais environ 5 semaines après l'opération, il paraît déjà avoir repris.

Hegar et Wiedow ont été très satisfaits de la voie sacrée pour l'hystérectomie et l'ouverture des abcès, mais « pour la castration et la salpingotomie, ils ont été un peu déçus. L'opération fut très difficile » ; mais ils ajoutent : « elle aurait peut-être été plus difficile encore par la laparotomie ; du reste, on ne peut guère espérer une grande facilité pour des cas défavorables ».

L'observation de Wiedow est importante, au moins en ce qu'elle nous apprend que la résection temporaire du sacrum n'est pas illusoire, et que l'os peut reprendre.

Quant à la valeur de la laparotomie postérieure comparée à la laparotomie abdominale, nous manquons de faits pour l'apprécier. Elle nécessite plus de dégâts, mais elle donne

(1) Wiedow ne dit pas si c'est le pédicule utéro-ovarien ou le pédicule utérin qui a été fixé dans la plaie. Peut-être n'avait-on fait qu'un pédicule ?

plus de facilités. Il est impossible à ceux qui n'ont ni fait, ni vu faire cette opération, d'imaginer combien elle donne de jour. On arrive juste sur le foyer de l'opération. On a sous l'œil et sous le doigt les vaisseaux utéro-ovariens, les ligaments larges. Quand on les incise, on n'est pas obligé comme dans la laparotomie abdominale de les pédiculiser et de les lier en masse, on les sectionne pour ainsi dire à ciel ouvert, en mettant des pinces sur tous les points qui saignent. Ces avantages sont si considérables, que je ne pense pas qu'on doive condamner à priori cette voie opératoire. Il est impossible aujourd'hui de formuler ses indications dans les cas de salpingites ; mais on peut dire qu'elle est digne d'être expérimentée (1).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 Juin 1890

Guéniot. — Rapport sur un **cas de rupture totale des insertions vaginales sur le col de l'utérus**, communiqué à l'Académie, par le Dr Thévard (de Savigny-sur-Braye) (2).

Il s'agissait d'une femme IIpare, rachitique, à bassin rétréci (diamètre antéro-postérieur, 78 millim.). Quelques heures après le début de l'accouchement, et à la suite d'une contraction plus violente que les autres, le travail s'était arrêté : hémorrhagie légère, sensation de gêne dans l'hypogastre, hoquet, mais état général assez satisfaisant. *Examen* : constatation d'une dépression ou d'une solution de continuité au niveau de la paroi antérieure de l'utérus ; absence des doubles battements fœtaux, présence au détroit supérieur du placenta, pas d'autres portions de l'œuf accessibles. Ce n'est que le lendemain qu'on procéda à l'extraction du fœtus

(1) On trouvera dans les autres chapitres les indications de la voie sacrée dans le traitement des phlegmons pelviens et des abcès spontanément ouverts.

(2) Communication faite le 10 juin

d'abord par les voies naturelles; mais on ne put, par cette voie, dégager que le tronc. Après décollation, laparotomie, et extraction de la tête. L'utérus était absolument refoulé sous la face inférieure du foie, et, dans sa partie inférieure, qu'on crut être le col intact, on remarqua une sorte de couronne, formée par des lambeaux, qui furent pris pour des lambeaux des attaches vaginales. Après réintégration de l'utérus dans sa situation habituelle et lavage des surfaces saignantes avec de l'eau-de-vie (seul antiseptique sous la main), l'abdomen fut refermé par 2 plans de sutures. *Guérison.*

Or, un examen minutieux de la femme, pratiqué par MM. Tarnier, Guéniot, Charpentier et Budin, a montré : 1° que le vagin offre une profondeur et une amplitude normales; 2° que sa muqueuse est, sur tous les points, lisse, humide, mobile et souple, comme on l'observe dans les conditions régulières ; 3° que le col utérin se présente, au fond du vagin, en son lieu accoutumé; mais qu'il est presque entièrement dépourvu de saillie, le museau de tanche n'étant figuré que par un petit orifice sur le côté droit duquel on trouve, sous la forme d'un mamelon, le vestige de l'une des lèvres.

De ces constatations, la commission conclut qu'une séparation complète de l'utérus d'avec le vagin n'a pas eu lieu, mais qu'il s'est agi d'une déchirure de l'utérus, intéressant la paroi antérieure, à la jonction du col et du corps, au-dessous de l'anneau de Bandl ou de contraction.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Mai et Juin 1890.

Pajot communique à la Société, au nom du Dr Clopatowski (de Bogota), une observation d'**adhérence anormale du placenta faisant corps avec le tissu de l'utérus, suivie de mort.** L'accouchement traînant en longueur, on avait administré une quantité, paraît-il, considérable mais non déterminée, d'ergot. L'enfant expulsé et la délivrance tardant, on avait par des tractions intempestives brisé le cordon. Appelé plusieurs heures plus tard, l'auteur releva ces particularités, plus un état de contraction tétanique de l'utérus, sauf en un point, siège probable de l'insertion placentaire. *Traitement* : quarts de lavements laudanisés dans le but de faire

cesser le spasme utérin, injections intra-utérines avec de la liqueur de Van Swieten dédoublée, et, à deux reprises, tentatives d'extraction manuelle de l'arrière-faix. Malgré les efforts soutenus, et à cause de l'adhérence intime du placenta avec le tissu utérin, décollement incomplet.

D'autre part, malgré l'observation d'une antisepsie rigoureuse, développement de symptômes infectieux (frissons, fièvre élevée, prostration, météorisme abdominal), et mort par septicémie, le 3e jour environ après l'accouchement.

En présence d'une semblable terminaison, l'auteur se demande si, les autres moyens ayant échoué, le chirurgien ne serait pas autorisé à pratiquer l'opération de Porro, seule opération qui permet de supprimer le foyer infectieux ?

Discussion. — PAJOT est d'avis que, dans des conditions aussi exceptionnelles et aussi urgentes, l'opération de Porro est justifiée. BONNAIRE rappelle que Skutch (d'Iéna) y a eu recours dans des conditions analogues. BUDIN. A l'autopsie d'une femme morte, à la Maternité, d'hémorrhagie, il trouva un cotylédon tellement adhérent qu'il ne put l'enlever qu'avec le tranchant du scalpel. Dans 2 cas de ce genre, un ou deux cotylédons ne pouvant être détachés, il s'efforça d'enlever le plus possible de tissu placentaire. Pour y réussir, on pétrit entre les extrémités des doigts le tissu des cotylédons, on détache ainsi peu à peu les villosités jusqu'à ce qu'on soit arrivé près de la paroi utérine. L'antisepsie de la cavité de la matrice est ensuite facile à réaliser. CHARPENTIER croit que le curettage de la matrice s'applique très bien aux cas d'adhérence totale et partielle de l'arrière-faix, la curette permet d'arriver jusqu'au tissu utérin ce dont on est averti par un cri particulier. PAJOT reconnaît les avantages du curettage dans les cas de rétention après l'avortement, mais, contre la rétention du délivre, à terme, lorsque cette rétention est due, comme dans le cas de Clopatowski, comme dans un autre cas observé à la clinique, à une fusion intime du tissu placentaire et du tissu utérin, le curettage doit échouer ! Il est en outre dangereux, car on n'est pas averti, ainsi que l'admet M. Charpentier, lorsque la curette arrive sur le tissu sain ; le tissu de l'utérus à terme ne crie pas. CHARPENTIER ne proscrit pas formellement l'opération de Porro. Mais, avant de s'y résoudre, il préférerait essayer d'autres moyens, et en particulier, de la curette qui, maniée prudemment,

donne de bons résultats. Doléris est également très partisan de la curette et fort peu de l'opération de Porro. Il constate que les auteurs classiques ne sont guère explicites sur les rapports du tissu utérin et du tissu placentaire. C'est une lacune à combler! Mais, de même qu'on énuclée des fibromes, il croit qu'on peut attaquer, avec la curette, le placenta adhérent. Pajot rappelle le cas d'une femme, morte dans son service, de septicémie due à la rétention du délivre. Différents procédés d'extraction avaient échoué. Or, même à l'autopsie, on ne réussit pas à séparer les deux tissus à l'aide du scalpel. De quelle utilité pratique peut être l'histologie en pareilles circonstances, nous apprendra-t-elle à séparer ce qui est inséparable, la pièce sous les yeux et le scalpel à la main! Bonnaire est du même avis que M. Pajot. Il a été témoin dans le service de M. Tarnier, d'une observation démonstrative. On avait essayé de détacher avec la curette, un fragment de placenta, on ne put réussir. Or, la femme ayant succombé, on ne put pas davantage, à l'autopsie, séparer le tissu placentaire de la paroi de la matrice.

Bonnaire. — Rapport sur la candidature de M. Balzer, médecin de Lourcine, au titre de membre de la Société d'obstétrique et de gynécologie. Le travail présenté par M. Balzer à l'appui de sa candidature a trait à la **thérapeutique de la vaginite au moyen d'un agent nouveau, le rétinol**. Cette substance, appliquée déjà en Amérique au traitement de la gonorrhée, des métrites, a été employée par M. Balzer chez une quarantaine de femmes. Le traitement a toujours amené une guérison prompte de la vaginite. D'autre part, le nouvel agent s'est montré particulièrement efficace pour empêcher les récidives des végétations après ablation sanglante. Dans le but de permettre aux femmes de continuer elles-mêmes le traitement, M. Balzer s'est efforcé d'incorporer la substance active dans des mélanges, préparés sous forme d'ovules solidifiés. Le mélange qui, jusqu'à présent, lui a paru le plus avantageux, se compose de rétinol, de colophane et de borax. L'ovule présente une solubilité parfaite; toutefois, l'application est particulièrement douloureuse lorsqu'il existe des exulcérations de la muqueuse et intolérable dans certaines vaginites aiguës très intenses. De nouvelles recherches seront entreprises dans le but de fixer les conditions utiles à l'emploi du rétinol.

Discussion. — Charpentier a employé le rétinol dans quelques

cas de vaginite. Il y a renoncé à cause de ses propriétés agglutinatives, désagréables. Rey présente des ovules, composées de rétinol 2 parties, et de glycérine 18 parties. Il a obtenu de leur emploi des résultats très favorables dans 2 cas de vaginite. Les effets fâcheux constatés par M. Charpentier tenaient sans doute aux défectuosités du mode de préparation. (M. Balzer est élu membre titulaire à l'unanimité.)

Polaillon. a) **Kyste du canal de Nuck.** — Située au-dessous de l'orifice externe, et dans la portion supérieure de la grande lèvre, la tumeur avait été prise pour une hernie inguinale, inhabitée, contenant du liquide et peut-être de l'épiploon. Le kyste, qui adhérait par un fin pédicule à l'anneau inguinal, fut très facilement énucléé et excisé.

b) **Kyste de la glande vulvo-vaginale.** — Tumeur, de la grosseur d'une orange, fluctuante, indolore, refoulant, à gauche, la grande lèvre, effaçant la petite lèvre, et se prolongeant sur la paroi gauche du vagin ; grâce à une dissection minutieuse, le kyste fut enlevé sans avoir été ouvert.

P. Petit. a) **Fragments de tissu, expulsés de l'utérus**, qu'on avait supposés être des produits d'avortement, et qui, en réalité, sont exclusivement formés d'épithélium pavimenteux mélangé d'un peu de mucus; b) **Œuf abortif.** A l'occasion de cette pièce, l'auteur énumère, en faveur du traitement de l'avortement par le curettage, 11 cas de sa pratique personnelle : 1) 4 curettages, sans anesthésie, pour hémorrhagie par rétention du délivre; 2) 2 curettages pour hémorrhagies profuses à la suite d'accouchement à terme; dans ces 2 cas, il y avait rétention de fragments de délivre et rétroflexion mobile; chez l'une de ces 2 malades, le succès n'a pas été complet; 3) 4 endométrites fongueuses se rattachant à des accouchements ou à des avortements assez récents; 4) un simple écouvillonnage pour hémorrhagie grave, survenue le 12e jour après un accouchement à terme, et qui arrêta la perte de sang, alors que les autres moyens, y compris les injections intra-utérines chaudes, avaient échoué ; 5) 2 curettages pour septicémie puerpérale grave, après avortement, l'un suivi de guérison, l'autre, tardif, suivi de mort.

P. Petit, au nom de Doléris. a) **Myôme et grossesse. — Myôme, hystérectomie trois mois après l'accouchement.** — Agée de 30 ans,

la femme dont il s'agit avait eu deux grossesses normales. Sa menstruation avait toujours été relativement régulière, mais depuis plusieurs années elle ressentait des douleurs vives dans le flanc droit, associées à des sensations de pesanteur. La 3e grossesse fut moins bonne que les deux précédentes, surtout dans les deux derniers mois (douleurs dans le bas-ventre, causant de l'insommie). Perte de sang, deux jours avant l'accouchement; perte assez abondante après la délivrance. Environ 3 mois après, on constatait une grosse tumeur fibromateuse de l'utérus, plus développée à droite, et remontant au-dessus de l'ombilic. *Myômo-ovaro-hystérectomie;* pédicule mixte pariéto-péritonéal, diminué par la méthode de Bantock. *Guérison.* La tumeur était un fibro-myôme, où l'élément musculaire domine.

b) **Fibro-myôme compliqué de grossesse tubaire au début.** — X..., 30 ans, IIpare, première grossesse bonne, terminée à terme, par la naissance d'un enfant bien développé, a été sujette à des troubles assez fréquents de la menstruation. Le 2 mars 1890, règles un peu moins abondantes qu'à l'ordinaire. Le 1er avril et dans les jours qui suivent quelques douleurs vagues dans le bas-ventre. Le 27 avril, *après un retard d'environ 25 jours*, les règles reparaissent et durent 8 jours. Dans la nuit du 3 au 4 mai, l'éruption menstruelle continuant, douleurs dans le bas-ventre et les reins, qui augmentèrent dans la matinée. *Examen :* col entr'ouvert mais de consistance ferme en tout point. Vagin œdémateux, grosse tumeur, partant du petit bassin, pour remonter tout près de l'ombilic, de consistance ferme, arrondie, faisant corps avec l'utérus. *Diagnostic:* fibro-myôme utérin, grossesse récente et avortement probable. *Opération :* Myômotomie avec ablation des annexes. La pièce pathologique, du poids de 910 gramnes, comprend le corps de l'utérus, un fibro-myôme inclus dans sa paroi latérale, et les annexes normales, sauf la trompe, distendue et déformée dans sa moitié externe, rupturée au niveau de sa jonction avec le pavillon, et présentant adhérents à sa paroi des débris ovulaires, un **fibro-myôme**, un peu plus gros qu'un œuf, intra-ligamentaire, et qui était inséré sur la face latérale du segment vaginal du col.

PORAK. — Rapport sur le travail de WALLICH relatif à la **rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement.** — Des résultats fournis par l'examen anatomique dans 2 cas d'accouchements prolongés, dont on pouvait d'après les notions en cours, rapporter les retards à la

rigidité du col de l'utérus, Wallich a formulé les conclusions suivantes : 1° Que le col de l'utérus ne portait pas des traces d'altérations essentielles, primitives, pouvant correspondre à l'état de rigidité anatomique ; 2° qu'une inertie utérine caractérisée par la rareté et l'irrégularité des douleurs, peut-être énergiques, doit être le facteur principal de la non dilatation du col, au milieu de circonstances défavorables telles que rupture des membranes à un moment éloigné de la dilatation complète, infiltration sanguine et séreuse du col due à la compression prolongée exercée sur la tête fœtale.

A l'occasion de ce travail, Porak a repris, avec observations intéressantes à l'appui, l'étude clinique de la rigidité du col (spasmodique, anatomique). De son rapport, il se dégage l'idée que les faits cliniques ne conduisent pas à admettre, sans réserves, l'absence de toutes lésions primitives du col, comme origine de la rigidité de l'organe. Car, l'examen au début du travail, révèle en certains cas, d'une manière formelle, des modifications dans la consistance et dans l'extensibilité du tissu cervical. Sans doute, la nature de ces modifications reste absolument inconnue, mais, c'est en étudiant les conditions anatomiques du ramollissement du col, question encore fort obscure, qu'on trouvera la raison de sa rigidité.

Terrillon fait un rapport sur un travail présenté par le professeur Treub, relatif au **traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale**. Se fondant sur les résultats obtenus dans 42 amputations supra-vaginales, dont 35 pour fibro-myômes et 7 pour d'autres indications, Treub se déclare partisan du traitement intrapéritonéal du pédicule. En ce qui concerne le procédé opératoire, rien de bien particulier à signaler. M. Terrillon a rapporté deux cas dans lesquels il a procédé de la même manière. Toutefois, l'auteur fait remarquer : 1° qu'il importe, au cours de l'opération, de maintenir les anses intestinales hors du petit bassin, parce que, à défaut de cette précaution, le pédicule, une fois abandonné, pourrait, ainsi qu'il a eu à le déplorer dans un cas, comprimer l'intestin contre la paroi osseuse et produire l'étranglement : 2° qu'il a définitivement abandonné, pour la fermeture de la plaie abdominale, la suture à étages au catgut, à laquelle il rapporte un cas de mort.

Des 42 opérées, 4 sont mortes, soit, comme mortalité, 9,5 0/0. Cas de mort : 1) fibrome rétro-utérin, atteignant par en bas jusqu'à l'anus et remontant à une largeur de la main au-dessus de l'ombilic. Opération très laborieuse, mort dans le collapsus 25 heures

après l'opération ; 2) mort par occlusion intestinale, intestin pris entre le moignon et le sacrum ; 3° suites opératoires d'abord régulières, au huitième jour accidents fébriles, ouverture d'un abcès au niveau de la cicatrice abdominale. C'est le cas dans lequel l'auteur incrimine la suture à étages ; 4° un tampon, abandonné dans la cavité abdominale, fut le point de départ d'une péritonite mortelle. De cette analyse, il ressort qu'un seul de ces cas, à terminaison malheureuse, est imputable au procédé suivi. *Conclusion :* Avec cette méthode dont les points caractéristiques sont : « *simplicité, vitesse, antisepsie exacte* », le traitement intrapéritonéal du pédicule dans les amputations supra-vaginales donne tout ce qu'on peut désirer. Faite de cette manière, l'hystérotomie abdominale n'est pas plus dangereuse qu'une ovariotomie ». A l'occasion de son rapport, Terrillon se déclare partisan décidé de l'abandon du pédicule dans la cavité abdominale.

Olivier — **Trois cas de présentation du siège, mode des fesses.** — Dans ces trois cas, il fallut terminer l'accouchement par une intervention qui fut toujours très laborieuse. L'auteur employa avec succès, dans les 3 cas, le lacs dont l'application fut réalisée à l'aide de son porte-lacs. Les résultats furent : 2 enfants morts, une femme morte. En raison de cette mortalité, et de l'innocuité de la version par manœuvres externes, imputables d'après l'auteur, à la nature même de la présentation, il formule la proposition suivante : « Pendant la grossesse, dans tous les cas où après huit mois de gestation, la tête occupe le segment supérieur de l'utérus, *il faut* pratiquer la version céphalique par manœuvres externes, sauf dans les trois cas suivants : grossesse multiple, malformation utérine, existence soupçonnée de circulaires serrés ».

Discussion : Loviot observe que les statistiques apportées dans le débat n'ont qu'une valeur relative, que les cas sont pris en bloc alors qu'il importerait de tenir compte des particularités importantes spéciales à chacun d'eux. Verrier persiste à considérer la présentation pelvienne comme une présentation normale. D'autre part, il fait remarquer que l'entreprise de la version par manœuvres externes exige un diagnostic sûr, et que parfois ce diagnostic est impossible. Il conclut, qu'il faut beaucoup de prudence et de réserve dans les tentatives de version par manœuvres externes. Maygrier a réussi dans plusieurs cas, sans instruments, à insinuer le lacs avec deux doigts dans le sillon inter-crural de

l'enfant, à le pousser de bas en haut de façon à lui faire contourner la cuisse antérieure pour en saisir l'extrémité antérieure entre cette cuisse et l'utérus et l'amener ensuite au dehors. BUDIN. Les statistiques sont très discutables; avec des mains habiles les résultats seront évidemment meilleurs. Des 3 cas, communiqués par Olivier, 2 comportaient un pronostic plus sérieux, par le fait qu'il s'agissait de positions sacro-iliaques droites antérieures. En semblables conditions, l'auscultation ne permet pas de bien percevoir les bruits du cœur de l'enfant, et on est ainsi empêché de bien surveiller son état.

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

FIBROMES UTÉRINS

Le traitement chirurgical des myômes utérins par l'énucléation vaginale, la castration, la myômotomie et l'extirpation vaginale totale (Die operative Behandlung der Uterusmyome durch vaginale Enucleation, Castration, Myomotomie und vaginale Totalexstirpation), LÉOPOLD. *Arch. f. Gyn.*, 1890. Bd 38, Hft 1.

Travail basé sur environ 450 cas de tumeurs myômateuses de l'utérus, dont 140 traités chirurgicalement, et 400 traités médicalement par impossibilité, de nature diverse, d'intervention radicale. L'auteur s'est surtout proposé d'indiquer les considérations dont doit s'inspirer le choix du procédé opératoire, les perfectionnements que ces différents procédés ont subis, les fautes qu'on a pu commettre dans leur exécution, et la manière dont on peut se garer de celles-ci. Il traite aussi, bien que beaucoup plus brièvement, de l'étiologie, de l'anatomie pathlogique, des symptômes, et du traitement non opératoire.

1° **Étiologie.** — L'auteur rappelle les causes multiples, plus ou moins banales, auxquelles on a, de tout temps, accordé, un certain rôle étiologique : chute, traumatisme, irritation prolongée, comme par exemple, l'application réitérée de tiges intra-utérines dans le but de guérir une déviation, la stérilité, l'abandon de débris abortifs dans l'utérus, la régression défectueuse de l'aire placentaire, etc. Mais, ce seraient, tout au plus, des causes adjuvantes, capables seule-

ment d'accélérer l'évolution d'une tumeur, déjà existante, mais petite, restée pour ainsi dire à l'état latent. Il est probable que, suivant l'opinion de Cohnheim, ces tumeurs sont, dès le principe, représentées par de petits noyaux sphériques de faisceaux musculaires, avec ou sans interposition de tissu connectif (myômes et fibromyômes), qu'elles sont d'origine congénitale, et que, si elles ne sont constatées que tardivement, c'est parce qu'elles ne prennent de l'accroissement que lorsque l'activité utérine entre en jeu. C'est au moment de l'établissement des règles que leur présence se traduit par des douleurs et des troubles menstruels. La grossesse, l'accouchement, l'avortement, le décollement du placenta, les manœuvres intra-utérines, exercent une action encore plus marquée sur l'accroissement de ces tumeurs. Cela ressort d'ailleurs nettement de l'inégalité de fréquence des interventions chirurgicales chez les femmes mariées et chez les non mariées. A ce point de vue, les 149 opérations pratiquées par l'auteur se répartissent de la manière suivante :

Opérées 140 :

	MARIÉES		NON MARIÉES
	avec enfants.	sans enfants.	
Énucléations.....	18	5	5
Castrations......	16	9	9
Myômotomies....	35	12	9
Extirpations totales..........	13	5	4
Total...........	82 = 58 0/0	31 = 23 0/0	27 = 19 0/0

Anatomie pathologique. — A. *Conditions importantes pour le choix du procédé opératoire :*

Rapports du myôme avec les organes voisins, en particulier avec la vessie, distribution des artères utérines à la tumeur, situation des trompes et des ovaires, rapports de la tumeur avec la cavité utérine et avec sa muqueuse, volume, qui peut varier de celui d'un pois à celui de tumeurs géantes (50 livres).

Variété, la tumeur peut être d'une seule espèce, purement sous-séreuse, ou interstitielle, ou sous-muqueuse, ou bien il peut exister conjointement, des tumeurs de genres différents, tumeur interstitielle unique ou multiple, associée ou non à une tumeur sous-muqueuse ou sous-séreuse, etc., à ce point de vue, toutes les associations sont possibles. L'utérus affecte des formes diverses,

qui correspondent à ces associations variées, augmentation en masse, disposition multinodulaire, etc., autant de types que l'auteur étudie en détail, et qui affectent avec les organes voisins des rapports plus ou moins divers, et réagissent sur eux d'une façon plus ou moins marquée.

B. *Conditions et modifications anatomiques de la tumeur.* — Elles dépendent du siège, du volume, des conditions de nutrition. Tant qu'un myôme sous-muqueux peut se développer librement du côté de la cavité utérine, tant qu'il n'a pas dépassé des dimensions moyennes, sa texture paraît presque fibreuse. Mais, s'il s'enfonce davantage dans le vagin, s'il se trouve comprimé, il subit d'abord un ramollissement œdémateux, est sujet à s'enflammer et à devenir le siège de phénomènes de nécrose et de putréfaction. Si, par hasard, la portion de la tumeur située immédiatement au-dessus de la portion vaginale se trouve comme pressée contre la symphyse pubienne, au point que la circulation en retour est empêchée, les veines des ligaments larges s'engorgent et paraissent comme injectées. Les vaisseaux lymphatiques de la tumeur se dilatent jusqu'à constituer des cavités kystiques ayant les dimensions d'une tête d'enfant. Les fibromes interstitiels peuvent également, ainsi qu'il fut observé dans un des cas recueillis par l'auteur, présenter la transformation caverneuse. Quant aux tumeurs sous-séreuses, ce sont elles qui subissent le moins d'altérations.

C. *Modifications du côté de l'utérus.* — Les plus importantes sont celles de la muqueuse. D'une manière générale, conformément aux observations de Wyder, cette muqueuse est tuméfiée, épaissie. Mais le fait n'est pas constant. Elle est, dans certains cas, réduite à une épaisseur de 1 à 2 millim., ce qui n'empêche pas qu'elle est, même alors, le foyer d'hémorrhagies abondantes, de nature parfois à mettre la vie en danger, et qu'elle peut fournir des écoulements de liquide tellement profus qu'ils équivalent à de véritables hémorrhagies. Cette minceur de la muqueuse peut créer de sérieuses difficultés opératoires quand après avoir attaqué la tumeur par la voie abdominale et l'avoir énucléée, on procède à la suture de la poche. La muqueuse se déchire avec une grande facilité et sur une grande étendue. Des difficultés de même ordre peuvent résulter de la minceur excessive de la paroi externe de la capsule de la tumeur; la suture est alors difficile et

souvent incomplète; l'abandon du pédicule dans le ventre, dangereux.

D. *Influence des myômes sur la disposition et l'hyperplasie des artères utérines.* — Non seulement les artères utérines suivent l'allongement que les tumeurs impriment aux parois utérines, mais elles émettent de nouvelles ramifications, tantôt spiroïdes, tantôt sous forme de troncs longitudinaux. Il importe d'être prévenu de cette vascularisation supplémentaire pour se garer, grâce à des ligatures soigneuses, des hémorrhagies immédiates et surtout secondaires.

E. *Déplacements imprimés aux ovaires et aux trompes. Affections concomitantes de ces organes, dégénérescences, métastases myômateuses ou sarcomateuses.* — Les déplacements sont tels en certains cas que l'extirpation des ovaires est impossible; cette impossibilité de l'extirpation peut également résulter, dans certains cas, d'adhérences solides consécutives à des phénomènes d'ordre inflammatoire, gonorrhéique ou puerpéral. D'autre part, les annexes utérines sont sujettes aux altérations que l'on rencontre en l'absence de myômes utérins (dégénérescences kystiques, par exemple). Enfin, l'utérus myômateux et le myôme lui-même peuvent être le siège de dégénérescence cancéreuse; dans un cas, il existait des métastases myômateuses ou sarcomateuses, incomptables, sur le péritoine et sur les ligaments larges. De tels faits ont suggéré l'idée que les myômes opérés, avaient une tendance à récidiver et qu'en outre ces produits de récidive étaient plus particulièrement disposés à subir la dégénérescence cancéreuse. Ce serait là une erreur, et *toutes les fois qu'après l'extirpation d'un myôme, on voit un nouveau myôme se développer sur le foyer initial ou en un autre point, il faudrait conclure qu'il était resté des fragments du tissu myômateux.*

3o **Symptômes.** — Douleurs, hémorrhagies, leucorrhée tantôt muqueuse, tantôt glaireuse, tantôt filamenteuse; stérilité, anémie, troubles de la nutrition générale, et surtout signes de *myocardite dégénérative.*

Cette dégénérescence de la fibre cardiaque doit être prise en très sérieuse considération quand il s'agit de choisir le procédé opératoire.

Toute laparotomie, en pareille circonstance, est une intervention périlleuse, dont les dangers sont très augmentés par l'action

affaiblissante qu'exerce sur le cœur la narcose chloroformique et par la *durée* du traumatisme. En conséquence, s'il s'agit d'une tumeur, de la grosseur d'une tête fœtale et au delà, dont l'extirpation par le vagin est impossible, on donnera, en règle générale, la préférence à la castration, plus courte et plus facile d'ordinaire que la myômotomie. Si les pertes se reproduisaient, il serait toujours possible de faire la myômotomie, tout en ne perdant pas de vue que la femme étant très anémique, ayant un muscle cardiaque dégénéré, c'est toujours une intervention des plus graves, surtout quand on abandonne le pédicule dans le ventre; car, on impose au cœur un supplément de travail, nécessaire pour la résorption du sang, des liquides, des micro-organismes tombés dans la cavité abdominale, pendant ou après l'opération. Quand la tumeur n'est pas assez volumineuse, et que les circonstances exigent néanmoins une intervention radicale, l'extirpation vaginale totale supprime en partie les dangers associés à la laparotomie et à la myômotomie.

4° **Pronostic.** — Il dépend du siège et de la grosseur de la tumeur; il dépend aussi du procédé opératoire. Il est le plus favorable dans les cas d'énucléation par le vagin de tumeurs sous-muqueuses. Il est également bon quand il s'agit de tumeurs interstitielles et sous-séreuses petites, et qu'on a fait l'extirpation vaginale totale de l'utérus myômateux. Il devient déjà plus sévère dans les cas de castration appliquée à des tumeurs interstitielles et sous-séreuses de dimensions plus considérables (dangers inhérents à la laparotomie elle-même, situation défavorable des ovaires et difficulté de leur enlèvement, longue durée de l'acte chirurgical, affaiblissment du cœur). Enfin, quand on a affaire à des myômes d'un volume considérable, et que la myômotomie s'impose, le pronostic s'aggrave au maximum, le chiffre de la mortalité s'élève encore à 10 p. 0/0, même pour les opérateurs les plus habiles. Toutefois, L. Tait a réussi à faire tomber ce chiffre à 1,5 p. 0/0.

Aussi, grâce à un choix plus judicieux des cas, à une connaissance plus complète des phénomènes cliniques et des conditions anatomiques, à l'usage, pour la toilette abdominale, de l'eau stérilisée en remplacement des substances désinfectantes mais toxiques, employées jusqu'ici, on peut espérer qu'on arrivera, en peu d'années, à diminuer de beaucoup la gravité de cette opération.

5° **Traitement.** A. *Médical. Injections sous-cutanées d'ergo-*

tine.— Incontestablement, elles peuvent, souvent, maîtriser et arrêter des hémorrhagies. Mais, le traitement est extrêmement long, souvent inefficace, parfois d'une efficacité transitoire. On en peut dire autant de l'administration interne des préparations ergotées ou de l'hydrasis canadensis.

T. Électrique. — Il semble qu'on ne soit en droit d'en attendre que la diminution des hémorrhagies et par là, la conservation des forces des malades. 3 des malades opérées par l'auteur, avaient été, en d'autres mains, soumises sans aucun avantage à ce traitement.

Petites opérations gynécologiques. — Les injections de teinture d'iode ou de perchlorure de fer sont dangereuses ; le raclage de la muqueuse utérine, après dilatation du col, est avantageux dans les cas de tumeurs interstitielles et sous-séreuses petites ; incision de la capsule parfois utile, mais d'une efficacité presque toujours transitoire ; dilatation de la cavité cervicale avec des tiges de laminaire, capable de supprimer, quand il n'existe que de petits fibromes interstitiels, des métrorrhagies d'une façon définitive; les mêmes résultats sont fournis par l'emploi des bougies d'Hegar. Toutefois, la dilatation, réalisée par le dernier procédé, produit parfois des déchirures de la muqueuse et de la musculeuse dans le voisinage de l'orifice interne. Mais, l'emploi successif, d'abord des tiges de laminaire, puis des bougies d'Hégar, permet d'éviter ces déchirures, de réaliser une antisepsie rigoureuse et de diminuer les hémorrhagies.

B. *Traitement chirurgical.*— Il comprend : 1) l'*énucléation par le vagin*, dans les cas de tumeurs sous-muqueuses ; 2) la *castration* pour les tumeurs interstitielles et sous-séreuses, ne dépassant pas le volume d'une tête d'enfant, à condition que la malade soit assez forte pour supporter la laparotomie et que les ovaires puissent être sûrement et facilement enlevés ; s'il en était autrement, faire l'*extirpation vaginale totale de l'utérus myômateux* et abandonner les ovaires. Cette dernière opération, est l'opération de choix pour les sujets atteints d'anémie profonde ; 3) au cas de tumeurs excédant plus ou moins le volume d'une tête d'enfant, on aura recours à la *myômotomie*, à moins que, grâce à une situation très favorable des ovaires, la castration ne paraisse devoir être une intervention plus simple et moins dangereuse.

I. — ÉNUCLÉATION

L'énucléation des myômes par le vagin est indiquée toutes les fois que se produisent des hémorrhagies considérables et que la tumeur est suffisamment accessible. Quand le col est absolument fermé, il est nécessaire de faire la dilatation complète pour apprécier cette dernière condition. L'opération, simple dans le cas de tumeurs peu volumineuses, difficile quand il s'agit de myômes considérables, exige une antisepsie rigoureuse. Lomer a formulé les propositions suivantes :

1) L'énucléation doit être réservée pour certains cas bien définis, et céder le pas à la myômotomie dans d'autres.

2) Ceux pour lesquels elle convient, sont : a) les myômes du col; b) les myômes sous-muqueux et interstitiels déjà engagés en partie dans le vagin.

3) Quand le *col est fermé*, l'énucléation doit être rejetée comme dangereuse, l'énucléation par la voie abdominale est à préférer.

Léopold accepte la 2[e] proposition de Lomer, mais conteste la justesse de la troisième, à laquelle il oppose la suivante : *même quand le col est fermé, qu'il s'agisse de multipares ou de femmes vierges, l'énucléation d'un myôme est facile et non dangereuse, à condition qu'il soit sous-muqueux et que ses dimensions ne dépassent pas celles d'une tête fœtale.* Cette dernière condition, relative aux dimensions et au siège de la tumeur, importe beaucoup. Il est probable que si le chiffre de la mortalité reste encore assez élevé, c'est qu'on n'en a pas tenu assez compte.

Lomer a publié en 1883 une statistique de 112 cas rassemblés dans la littérature médicale qui donne de 16-18 0/0 comme chiffre de mortalité.

Gusserow................................				14-16	0/0
Schröder communique 21 cas personnels avec 5 cas de mort				23	0/0
Hegar-Kaltenbach..	21	4	—	19	0/0
Kaltenbach.........	5	0	—	0	0/0
Frankenhaüser.....	23	3	—	13	0/0
Martin.............	27	5	—	18	0/0
Chrobak...........	20	1	—	5	0/0

La statistique actuelle de l'énucléation vaginale de Leopold

comprend 28 cas avec 1 mort, soit une mortalité de 3,5 0/0. Le cas de mort concerne une femme qui, lors de son admission, avait un myôme en voie de putréfaction, et présentait une anémie profonde. L'issue fatale, en dehors même de toute opération, eût été rapide. Dans un autre cas, on excisa également un myôme putréfié. La malade se remit de cet acte opératoire. Malheureusement, la tumeur ayant continué à être le siège de phénomènes de putréfaction, on procéda à la laparotomie qui se compliqua de péritonite de nature putride, mortelle. Chez une 3e opérée, on dut se contenter de *tentatives d'énucléation*, parce que le myôme était plus gros qu'une tête fœtale. Plus tard, on pratiqua sur l'utérus myômateux l'hystérectomie vaginale totale.

Technique opératoire. — Quand le col est fermé, il est nécessaire, ainsi qu'il a été dit plus haut, de le dilater. Léopold préfère à la dilatation brusque, la dilatation lente, progressive pour laquelle il emploie des tiges de laminaire, rendues rigoureusement aseptiques par une préparation qu'il a indiquée il y a plusieurs années. S'il est nécessaire, il complète la dilatation à l'aide des bougies d'Hegar, et, le cas échéant, il se sert du bistouri. La dilatation étant suffisante, on saisit le pôle inférieur de la tumeur avec une pince de Museux, on l'attire dans le col, et avec l'indicateur on tâche de déterminer la longueur et la largeur du lit de la tumeur. Le mieux est de décortiquer la tumeur, au niveau de sa base, avec le doigt, et de rendre ses connexions plus lâches grâce à des mouvements de torsion. On sectionne les adhérences solides avec les ciseaux de Siebold, et, dans le cas de néoplasmes de dimensions considérables, on fait dans la masse de la tumeur des incisions longitudinales ou spiroïdes, tout en se gardant d'exercer des tractions exagérées ou même de produire l'inversion du point d'implantation de la tumeur. Si, à mesure qu'on se rapproche de cette implantation, on constate la présence d'une masse dure, en forme de pédicule, il convient de la sectionner avec l'écraseur à fil métallique de Meadows. Jamais le pédicule ne devient le foyer d'hémorrhagies. Le myôme enlevé, on nettoie à fond la cavité utérine et on la bourre de gaze iodoformée qu'on peut laisser en place quelques jours.

En ce qui concerne les myômes, déjà engagés dans le vagin ou développés dans une des lèvres du col, rien de bien spécial à noter; même dans quelques-uns de ces cas, il est utile de dilater préalablement le col.

Tant qu'il s'agit de tumeur vivante, l'énucléation ne comporte aucun danger. Mais, l'intervention est toujours grave quand elle est dirigée contre des myômes déjà en voie de putréfaction et qu'il s'agit de malades épuisées et en proie à des accidents fébriles. Il est donc d'une grande importance pour les femmes qu'elles se fassent examiner de bonne heure, qu'elles subissent l'énucléation sans retard, longtemps avant l'apparition de phénomènes inflammatoires.

II. — CASTRATION

La castration est indiquée dans les cas de tumeurs interstitielles et sous-séreuses de moyen volume. On ne peut que par la considération de chaque cas particulier déterminer s'il vaut mieux pratiquer la myômotomie à cause des dimensions de la tumeur, ou l'hystérectomie vaginale totale, en raison par exemple d'une anémie très accusée.

Sur les 98 castrations, que Léopold a faites pour myômes, inflammations chroniques, névroses et malformations, 34 fois ce sont les accidents hémorrhagiques qui ont fourni les indications de l'opération. Des 98 opérées, 11 sont mortes, soit une mortalité de 11 p. 0/0; des 34 opérées pour hémorrhagies 4 sont mortes, donc même chiffre de mortalité 11 p. 0/0. Il convient de remarquer que, comme pour toutes les autres opérations, les cas de morts sont devenus plus rares à mesure que l'expérience chirurgicale devenait plus grande. Aussi, *des 40 dernières opérées, il en mourut seulement une* = 2,5 p. 0/0; *sur les 19 dernières castrations pour myômes pas un seul décès. Suit une série de statistiques de castrations.*

Hegar........	132 cas	16 morts	12 p. 0/0.
Lawson-Tait.	245 —	17 —	7 —
	148 —	3 —	2,03 —
Olshausen....	21 —	4 —	19 —
Martin.......	12 —	2 —	16 —
(En raison de myômes)...	7 —	1 —	14 —
Fritsch.......	11 —	2 —	18 —
Schröder.....	24 —	1 —	4,5 —
(En raison de myômes)....	4 —	1 —	25 —

Hofmeier.....	15 cas	3 morts	20 p. 0/0
P. Muller.....	21 —	1 —	4,7 —
Tauffer.......	17 —	0 —	0 —
Leopold......	98 —	11 —	11 —
(En raison de myômes)...	34 —	4 —	11 —
Total....	744	60 —	8 p. 0/0

Analyse des cas de castration. — Ces 34 cas se décomposent en 7 castrations incomplètes ou tentatives de castration et en 27 complètes. Sur les 7 premières, 5 fois on ne put enlever qu'un ovaire, 2 fois aucun des deux. Dans les 27 cas, où la castration fut complète, on avait réussi à déterminer, antérieurement à l'intervention, la position des ovaires; dans les 7 cas d'intervention partielle, au contraire, cette détermination n'avait été possible qu'une fois. Dans ce cas unique, l'ovaire gauche était situé latéralement et en haut, tandis que l'ovaire droit constituait une tumeur petite qui, 14 jours avant l'opération, s'était rompue au cours d'un examen. Son adhérence intime à la paroi pelvienne en rendit l'extirpation impossible. Néanmoins l'état de la malade s'améliora tout à fait dans la suite, parce que, sans doute, le tissu ovarique subit une atrophie complète. Dans le 2e cas, l'ovaire gauche accolé au myôme, qui avait les dimensions d'une tête d'adulte, ne put être atteint. L'ovaire droit fut enlevé, mais sans que cette castration unilatérale eût aucun avantage pour l'opérée ; car, après l'opération, la tumeur sous-muqueuse, s'engagea dans le vagin et donna lieu à des hémorrhagies qui furent promptement mortelles.

Aujourd'hui, chez une semblable malade Léopold aurait fait la myômotomie après énucléation du myôme. Une troisième malade avait une tumeur, de la grosseur d'une tête d'adulte, qui remplissait le petit bassin, il fut impossible d'enlever l'ovaire droit. L'extirpation des annexes de gauche amena la cessation des hémorrhagies durant deux mois, mais elles reparurent après ce délai, épuisant de jour en jour la malade. Le 4e et le 5e cas sont très analogues. Il est extrêmement probable que plusieurs années auparavant était survenue une affection gonorrhéique, qui se compliqua d'ovarite, de salpingite et de périmétrite. Les myômes, en voie d'accroissement, déterminaient depuis plusieurs années des douleurs et des hémorrhagies. Dans les 2 derniers cas, il fut possible, bien que

très laborieusement, d'extirper les annexes de droite, tandis qu'à gauche leur situation au sein de produits inflammatoires fusionnés en rendit l'extirpation impossible. Dans les 2 cas, il eût fallu, dès le principe, pratiquer l'extirpation vaginale totale. Enfin, dans les 2 cas où les deux ovaires durent rester dans le bassin, on essaya de la ligature atrophiante des vaisseaux adhérents à l'ovaire. Le procédé amena bien une certaine diminution des tumeurs, et les malades se remirent pour quelque temps, mais, leur ascite ayant reparu, elles succombèrent à bref délai. A l'heure actuelle, Léopold aurait chez ces malades adopté la pratique suivante : incision cruciale de la capsule de la tumeur, énucléation, formation d'un pédicule avec l'utérus et traitement extra-péritonéal du pédicule.

Sur les 27 cas de castration complète, il y eut 3 morts : 1 parce que la malade se fit opérer beaucoup trop tard, 2 par péritonite.

Quand aux 24 autres opérées, elles ont présenté en général les phénomènes suivants : suppression des menstrues, amélioration remarquable, et presque toujours diminution très accusée des règles.

Précautions à prendre. — Pour les femmes profondément anémiées, disposer tout pour que la narcose chloroformique soit aussi courte que possible, éviter qu'aucun désinfectant toxique, même la gaze iodoformée, soit mis en contact avec la cavité abdominale. Si le drainage est nécessaire, mieux vaut le réaliser avec un tube en caoutchouc ou en verre, ou avec de la gaze stérilisée qu'avec de la gaze iodoformée. Il importe également de déterminer bien exactement dans chaque cas les limites supérieures de la vessie.

III. — MYÔMOTOMIE

Définition. — *Extirpation, par la voie abdominale, d'un myôme, avec ou sans ablation concomitante du corps de la matrice.*

Le nombre des myômotomies est de 56, dont 49 pour myômes *interstitiels* ou *sous-séreux-interstitiels*, et 7 pour myômes *purement séreux* à pédicule plus ou moin fin. Les tumeurs du 1er groupe, presque sans exception, variaient du volume d'une tête d'adulte à celui de tumeurs géantes, et avaient déterminé des

hémorrhagies abondantes, une anémie grave datant de plusieurs années, des phénomènes de compression intolérables, etc. ; celles du 2e groupe furent enlevées tantôt au cours de laparotomies entreprises pour répondre à d'autres indications, tantôt parce qu'elles se compliquaient de douleurs d'origine mécanique.

Dans ces 55 myômotomies, le traitement intra-péritonéal du pédicule fut fait........... 22 fois, avec 5 morts = 22,7 p. 0/0.

Le trait. extra-péritonéal..	34 —	7 —	= 20 —
Total...........	56 —	12 —	21,2 —

Sur les cas appartenant au 1er groupe, 7 fois l'utérus ne fut pas ouvert , pas une seule mort; 15 fois il fut ouvert, 5 morts, toutes par septicémie. Les 7 cas de mort appartenant au second groupe se décomposent ainsi : 3 par hémorrhagie ayant son origine dans le lit de la tumeur, 3 par épuisement amené par une maladie datant de plusieurs années, une par ligature des uretères. Pas un seul cas de septicémie.

Si l'on compare ces résultats avec ceux indiqués par d'autres opérateurs, on a :

Schröder...........	164	myomotomies.	Morts	49 = 29	p. 0/0
Martin.............	86	—	—	15 = 17	—
Gusserow..........	33	—	—	7 = 21,2	—
Olshausen..........	29	—	—	9 = 31	—
Hégar..............	31	—	—	10 = 32	—
Kaltenbach.........	30	—	—	4 = 13	—
Braun..............	38	—	—	6 = 15	—
Tauffer.............	31	—	—	6 = 19	—
Fehling-............	14	—	—	3 = 21	—
Frommel...........	15	—	—	3 = 0	—
Landau.	36	—	—	8 = 22	—
Hofmeier...........	6	—	—	0 = 0	—
Fritsch.............	60	—	—	16 = 26	—
Zweifel	28	—	—	2 = 7	—
Leopold,............	56	—	—	12 = 21,2	—
Total.........	657			147 = 22,3	p. 0/0

En tenant compte de la statistique dressée par Hofmeier, et en y joignant les cas de sa pratique, Léopold trouve comme chiffre de mortalité pour la méthode intra-péritonéale 24 p. 0/0, pour la méthode extra-péritonéale 15 p. 0/0.

De l'analyse critique de ses 56 observations, et surtout de la considération des circonstances particulières auxquelles l'auteur pense pouvoir rapporter, dans certains cas, l'issue malheureuse, il déduit les propositions suivantes :

1) pour les myômes sous-séreux, à pédicule plus ou moins mince, sans ouverture de la cavité utérine se comporter comme pour une ovariotomie : lier le pédicule, et, après ablation de la tumeur, abandonner le pédicule dans le ventre, ou bien, inciser l'enveloppe séreuse, faire l'énucléation, suturer le bord de la séreuse, et abandonner le pédicule.

2) Quand la cavité utérine ne présente qu'une fine ouverture transversale, il est permis d'attendre de bons résultats de la suture et de l'abandon du pédicule.

3) Si la cavité utérine est largement ouverte, si le tissu musculaire est dégénéré, ramolli, friable ou caverneux, si la vitalité de la malade est amoindrie, s'il paraît plus indiqué, plus circonspect d'éviter au péritoine tout surcroît de travail, il est préférable de s'abstenir de l'abandon du pédicule. Dans ces cas, il est avantageux de jeter un lien sur le col, après avoir soigneusement libéré la vessie. Ce lien ne doit pas être placé trop bas, puis on sectionne le pédicule, après énucléation s'il est possible de tous les myômes, de façon à le réduire à une épaisseur de un à deux travers de doigt. Alors on suture soit d'après le procédé de Fritsch (suture sagittale), en enlevant le lien élastique et fixant le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie, soit, conformément à la pratique d'Hégar, en laissant le lien élastique en place, et en faisant le traitement extra-péritonéal du moignon.

Dans quelques cas, où il est difficile d'attirer le péritoine dans le lien élastique, Léopold suture la séreuse au-dessus du lien ; il dit avoir retiré de bons résultats de ce procédé. Du 14e au 16e jour après l'opération, le lien apparaît de lui-même, on l'enlève, après quoi la plaie infundibuliforme se rétrécit rapidement. Dans plusieurs de ses dernières myômotomies, après avoir attiré le myôme au dehors, et lié les ligaments larges, il a fermé le ventre dans la partie supérieure et suturé autour du col la séreuse péritonéale. Alors seulement, il a serré solidement par-dessus le lien élastique, et sectionné la tumeur.

Grâce à ce procédé opératoire, l'action chirurgicale a lieu presque complètement en dehors de la cavité abdominale ; la

plaie infundibuliforme est beaucoup plus petite, et met beaucoup moins de temps à guérir.

4) Quand le myôme s'enfonce dans le bassin, ou qu'il s'est principalement développé dans un ligament large, il arrive souvent qu'il est au début impossible d'appliquer un lien. En conséquence, on incise la capsule de manière à arriver directement sur la tumeur qu'on énuclée. Puis, on repousse de bas en haut successivement les nodosités fibreuses, on divise le tissu musculaire intermédiaire et l'on dégage peu à peu ainsi toute la masse de la tumeur. Si l'on a eu soin, chemin faisant, de lier les gros vaisseaux latéraux, l'hémorrhagie est peu abondante et l'on réussit à confectionner un pédicule convenable, qu'on suture sous la sauvegarde du lien.

Si, par hasard, on ne réussissait pas à porter un lien élastique au-dessous du point le plus bas de la loge de la tumeur, il faut lier l'utérus à la plaie de telle façon que l'on puisse accéder librement à la dépression qui la constitue et la bourrer de gaze iodoformée ; on peut même inciser largement cette dépression obtenue par énucléation par voie abdominale, du côté du vagin, et placer une mèche de gaze iodoformée, dirigée en bas et destinée à assurer le drainage.

IV. — EXTIRPATION TOTALE, PAR LE VAGIN, DE L'UTÉRUS MYOMATEUX

Cette opération ne convient que pour les myômes sous-séreux ou interstitiels atteignant au plus le volume d'une tête fœtale. A ne considérer que le volume des tumeurs, elle a donc les mêmes indications que la castration. Mais, elle a l'avantage de supprimer, en partie du moins, les troubles souvent liés à la ménopause prématurée, et d'être moins dangereuse. D'autre part, elle offre au chirurgien, dans les cas où en raison d'adhérences trop étendues l'extirpation est impossible, le moyen de débarrasser les femmes de leurs douleurs et des hémorrhagies ; on peut dire que les deux opérations se complètent.

Indications : 1) Quand, après insuccès des autres moyens, un myôme uni ou multinodulaire, de la grosseur d'une tête d'enfant, détermine des hémorrhagies, des douleurs, des phénomènes de compression ou d'inflammation, des altérations dégénératives, qui compromettent la santé et la vie.

2) Quand un examen minutieux a permis de reconnaître qu'un ou les deux ovaires sont enflammés et trop adhérents pour que la castration soit possible.

3) Lorsque l'état de faiblesse de la malade fait de la laparotomie une intervention fort risquée.

La condition capitale, c'est que le myôme ne dépasse pas le volume d'une tête fœtale. Il n'est pas nécessaire que l'utérus myômateux présente une certaine mobilité. L'étroitesse du vagiu, chez les vierges ou les nullipares, ne constitue pas, elle-même, une contre-indication.

Sur 21 opérations, il y a eu 3 morts, 13 0/0 : 2 par infection, 1 par complications indépendantes de l'opération. Le 7e jour, au cours de suites opératoires parfaitement régulières, la malade eut des garde-robes sanglantes, des hématémèses qui la tuèrent. L'autopsie montra que ces accidents étaient la conséquence d'un ulcère du duodénum.

Technique opératoire. — 1) Nettoyage minutieux des organes génitaux internes et externes. Tamponnement du rectum avec un tampon ou des bandes de gaze iodoformée. Nettoyage à fond du col avec une solution phéniquée à 5 p. 0/0.

2) Le vagin est-il trop étroit, on pratique des incisions vaginales assez profondes, pour qu'on puisse introduire commodément une large valve postérieure, qui peut servir à arrêter les hémorrhagies accidentelles. Ces incisions longitudinales marchent de dehors en dedans en se rapprochant, et aboutissent à la ligne d'incision qu'on fait dans le cul-de-sac vaginal.

3) Pour la section circulaire de la portion vaginale attirée en bas.

4) Éloignement en haut de la vessie, principalement sur les côtés, sous le contrôle répété du cathéter. Un assistant est chargé de pousser en bas l'utérus myômateux.

5) Ouverture de l'espace de Douglas. Application dans cet espace d'une éponge fixée à un fil d'argent.

6) On apprécie, à travers l'espace de Douglas, avec l'indicateur les dimensions de l'espace de Douglas. L'utérus se laisse-t-il abaisser de plus en plus par des tractions opérées avec la pince de Museux, on lie les ligaments larges avec des aiguilles mousses et de la soie forte suivant la méthode ordinaire, sans oublier que de fortes ramifications des artères utérines remontent jusqu'aux

trompes. Aussi est-il préférable de lier, en masse, de petites portions de tissus.

7) Quand l'utérus est, immédiatement au-dessus de l'orifice interne, épais, noueux et si large qu'il est impossible de l'abaisser davantage, on commence par faire, suivant la longueur de sa paroi postérieure, une incision profonde. On ouvre la capsule du myôme, et avec le doigt, on énuclée successivement les nodosités autant qu'il est nécessaire pour que l'utérus s'abaisse et que la ligature soit aisée.

8) Une fois l'utérus enlevé, mais les trompes et les ovaires restant, le moignon est disposé sur les côtés après nettoyage minutieux du champ opératoire, l'éponge est retirée, on réunit sur la partie médiane, dans la région qui s'ouvre dans l'espace de Douglas, les lames séreuses, et l'on tasse à gauche et à droite dans les vides des rouleaux de gaze iodoformée dont on bourre également le vagin.

Si l'on observe une antisepsie rigoureuse, si l'on a surtout le soin d'éviter toute contamination des doigts par les matières fécales, *on obtiendra de l'extirpation totale de l'utérus myômateux par le vagin, même dans les cas les plus difficiles, les meilleurs résultats.*

R. L.

Fibromes utérins et grossesse (Fibromi d'utero e gravidanza). Pestalozza. *Annali di ost. e ginec.*, sept. 1890, p. 566.

L'auteur traite d'abord la question des rapports des fibromes avec la stérilité et il insiste sur la difformité de la cavité utérine, sur l'abondance des métrorrhagies et sur la leucorrhée. D'autre part, l'endométrite détermine souvent l'oblitération de l'orifice utérin de la trompe ou des troubles dans les mouvements des cils des épithéliums. Les fibromes par les lésions de périmétrite et par l'ascite qu'ils déterminent parfois, peuvent gêner la fécondation. En étudiant de près la structure de l'ovaire, Pestalozza y décrit des altérations dans les follicules.

Si, néanmoins, la grossesse survient, plus la tumeur siège loin de la cavité utérine, moins il y a de chances d'avortement. Le fibrome peut déterminer l'insertion vicieuse du placenta, la grossesse extra-utérine, l'éclampsie, l'albuminurie mécanique et une néphrite par stase vasculaire, l'utérus gravide en rétroversion et l'auteur en rapporte des exemples à l'appui.

Au moment de l'accouchement Pestalozza examine le rôle des fibromes pendant la dilatation et pendant l'expulsion. Ce sont les fibromes interstitiels qui gênent surtout la contraction utérine.

Pendant l'expulsion le rôle des fibromes est absolument mécanique et par conséquent variable ; ils détermineraient souvent des présentations anormales. Enfin, on comprend facilement la fréquence des hémorrhagies après la délivrance car les fibromes, surtout les interstitiels, empêchent l'utérus de revenir sur lui-même.

Après l'accouchement, on a noté parfois la diminution et même la disparition complète du fibrome qui subit alors la même involution que le muscle utérin.

Pendant la grossesse quel doit-être le traitement du fibrome ? L'auteur passe en revue l'avortement provoqué, la myômotomie et l'amputation sus-vaginale de l'utérus gravide ; autant de méthodes dont il donne les indications.

Au moment de l'accouchement il faut essayer de réduire la tumeur et, en cas d'insuccès, faire l'embryotomie, ou l'opération césarienne, ou l'amputation utéro-ovarienne suivant les cas.

P. MAUCLAIRE.

Fibrome avec loge hématique au centre, par M. RENDU, *Lyon médical*, 15 septembre 1889.

La malade, âgée de 48 ans, avait depuis 16 mois des pertes très fétides. Le fibrome pédiculé et gros comme une orange présentait à son centre une grande loge pleine de sang ce qui lui donnait l'apparence d'un kyste uniloculaire, dont la paroi avait l'épaisseur d'un doigt.

P. MAUCLAIRE.

II. — DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL (1)

Tentative de substitution d'une méthode de traitement à l'accouchement prématuré (Ein Versuch zum Ersatze der künstlichen Frühgeburt), L. PROCHOWNICK. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 33, p. 577.

Les tentatives curieuses faites par l'auteur lui ont été suggérées par la considération du grand nombre d'enfants qui, venus au monde à la suite de l'accouchement prématurément provoqué pour cause de sténose pelvienne, succombent plus ou moins tôt. Ces enfants, après être venus au monde vivants, seraient em-

(1) Suite et fin. Voir *Annales*, octobre 1890, p. 316.

portés durant les premières semaines de l'existence par de simples troubles digestifs... Sans doute, l'opération césarienne sauvegarde a tous les points de vue les intérêts de l'enfant, mais elle ne peut être encore considérée que comme une opération à indications limitées. Dans ces conditions, l'opération césarienne étant mise à l'écart, existe-t-il un moyen qui permette de laisser l'enfant rester *jusqu'à terme* in utero sans que son expulsion, à ce moment, entraîne des dangers pour la mère?

L'auteur pense qu'on peut réaliser ce but en soumettant la mère à une diététique spéciale, savoir : *Matin :* une petite tasse de café, environ 25 grammes de biscotte. *Midi :* toutes sortes de viandes, œuf et poisson, avec très peu de sauce. Quelques légumes verts, cuits à la graisse, salade, fromage. *Soir :* même nourriture, avec addition de 40-50 grammes de pain et beurre à discrétion. Sont absolument défendus : eau, soupes, pommes de terre, mets sucrés, sucre, bière. Comme boissons : par jour, 300-400 c. c. de vin rouge ou de vin de la Moselle.

Prochownick a soumis à cette méthode de traitement trois femmes, atteintes de rétrécissements moyens du bassin (10,8; 10,4 ; 10 cent, diam. antéro-postérieur). L'une d'elles Vpare avait subi une perforation, une version et deux fois l'accouchement prématuré, et finalement avait perdu les *quatre* enfants. Or, les trois femmes, soumises à la diététique en question mirent au monde, à terme, 3 enfants qui se développèrent bien (poids au moment de l'accouchement : 2350 gr.; 2400 gr. ; 2250 gr.)

Se fondant sur ces faits, l'auteur pense que la méthode est de nature à rendre l'accouchement prématuré inutile dans bon nombre de cas. La diète suivie n'influe que très peu sur les forces de la mère, et en ce qui concerne l'enfant, elle a pour résultat de diminuer seulement la quantité de la graisse contenue dans l'organisme et peut-être aussi un peu la solidité des os.

R. L.

La technique de l'accouchement provoqué. H. Treub. *Archiv. de Toc.*, 1890, p. 337, 417.

Les deux méthodes principales pour la provocation de l'accouchement prématuré, étaient : a) la ponction des membranes ; b) l'interposition entre la paroi interne et les membranes d'un corps étranger, destiné à provoquer les contractions. La première méthode est presque généralement abandonnée en raison des dangers

qu'elle fait courir à l'enfant, dangers exagérés peut-être, puisque Braun en particulier, a obtenu, avec elle, 73 p. 0/0 enfants vivants.

La seconde méthode a été réalisée de diverses manières. Le procédé d'application, le plus simple, était sans conteste celui de Krause, introduction d'une sonde entre les membranes et la paroi de l'utérus. Mais si, avant l'observation rigoureuse des précautions antiseptiques en obstétrique, la sonde provoquait régulièrement les contractions, son séjour dans l'utérus avait été plusieurs fois l'occasion d'infections sérieuses, mortelles même. Depuis l'observation des précautions antiseptiques, ces inconvénients graves ont, il est vrai, complètement disparu, mais le procédé est devenu beaucoup moins sûr en certains cas tout à fait inefficace. Le procédé de Tarnier, application du ballon excitateur, est jugé par l'auteur inférieur à celui de Krause. Il entreprend ensuite l'étude critique du procédé imaginé par Champetier de Ribes (1), reprend les objections déjà faites (difficulté relative de l'introduction, dangers de produire des présentations vicieuses, fréquence de la procidence du cordon), et formule de la façon suivante son jugement sur ce procédé : « quand on donne à l'utérus la tâche de faire passer par un bassin rétréci un ballon grand comme la tête fœtale et de faire la dilatation complète par ce même ballon, non seulement l'utérus fatigué n'aura plus la force de faire naître l'enfant, mais il se peut qu'il s'oppose à l'opération de choix ».

Treub a cherché un appareil qui n'eût pas les inconvénients attachés aux autres, et basé son procédé sur le principe suivant : introduire entre l'œuf et l'utérus un corps étranger plus volumineux que la sonde de Krause. Sur une sonde en gomme, nº 10 de la filière Charrière, abrasée à ses deux extrémités, est fixé un condom en caoutchouc, de telle façon que le bout de la sonde qui pénètre dans le condom est à 10-12 cent, de l'extrémité fermée de celui-ci ; l'autre bout de la sonde est ajusté à un morceau de sonde Nélaton, destiné à s'adapter à la canule d'un injecteur. Le condom s'engaine dans une grosse sonde, nº 30 de la filière, sauf son extrémité fermée qui dépasse le bout supérieur de cette grosse sonde, dite *conductrice*. La longueur de celle-ci est telle que son extrémité inférieure ressort un peu dans le vagin, quand la portion supérieure du condom se trouve portée *au fond* de l'utérus.

(1) Voir *Annales de gynécologie*, décembre 1888, p. 401.

L'appareil une fois introduit dans l'utérus, introduction qui se fait sans difficulté chez les multipares, après ou sans fixation préalable du col de l'utérus, on injecte une petite quantité de liquide (eau boriquée), après quoi on retire la sonde conductrice, on finit d'injecter dans le condom la quantité d'eau convenable (175 cent. c. et au delà), et l'on ferme la sonde par laquelle se fait l'injection.

L'auteur relate 20 observations dont 15 se rapportent exclusivement aux résultats fournis par son appareil, les 5 autres à l'emploi pour la provocation de l'accouchement chez des primipares, de la méthode de Dührssen (tamponnement du col avec des lanières de gaze iodoformée) combiné ou non avec la sienne.

En résumé, les observations ne sont pas concluantes et n'attestent pas d'une manière évidente la supériorité de ce nouveau procédé sur celui de Champetier de Ribes. L'introduction de l'appareil a déterminé plusieurs fois la *rupture prématurée des membranes*, des *hémorrhagies* ; enfin, la durée moyenne de l'accouchement, depuis l'application de l'appareil jusqu'à sa terminaison, a été de 31 heures.

D'ailleurs, l'auteur lui-même formule des réserves. Il demande qu'on contrôle la valeur de son procédé, contrôle qui permettra de décider « s'il est bon à employer ou s'il ne vaut qu'une mention à titre d'expérimentation clinique ».

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

De l'opération césarienne, méthodes et procédés d'exécution, par le Dr Berlin (de Nice). Paris, Doin, 1890.

L'auteur qui a adopté pour son exposition la méthode historique a divisé son consciencieux travail en quatre parties.

Les deux premières nous retracent encore une fois la sombre histoire déjà si souvent faite de l'opération césarienne depuis les temps mythologiques jusqu'à 1876.

La troisième raconte la période moderne ; de 1876 à 1882 la grandeur et la décadence relative de la méthode de Porro devenue aujourd'hui méthode d'exception ; de 1882 à nos jours, la renaissance de l'opération césarienne conservatrice avec la méthode de

Saenger dont l'auteur décrit minutieusement le manuel opératoire, les modifications ultérieures, enfin les résultats.

La 4e partie, la plus importante, comporte la description de la technique d'ensemble et de l'opération proprement dite.

Conclusion : L'opération césarienne rajeunie, transformée dans son mode d'exécution comme dans ses résultats, est réhabilitée. Mais le moment n'est pas encore venu de la substituer de parti pris aux opérations fœticides. Elle doit rester jusqu'à nouvel ordre une opération d'exception.

H. V.

Contribution à l'étude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique (De la dilatation et du pansement antiseptique de la cavité utérine dans le traitement des métrites chroniques), par L. Couturier. Paris, Doin, 1890.

Une première partie de ce travail est consacrée à résumer nos connaissances actuelles sur l'étiologie et l'anatomie pathologique des métrites. Au point de vue de la pathogénie, l'auteur distingue 1° l'agent infectieux ; 2° les causes locales facilitant ou entretenant l'infection (déchirures du col qui servent souvent de porte d'entrée à l'infection à l'époque de l'accouchement, déchirures du périnée et prolapsus génitaux consécutifs qui favorisent l'entrée des microbes dans la cavité utérine, enfin déviations utérines qui s'opposent à l'écoulement régulier des produits de sécrétion).

Dans la deuxième partie, thérapeutique, l'auteur pense que le gynécologiste doit tendre :

1° A provoquer et à amener l'évacuation permanente des liquides septiques de l'utérus ;

2° A désinfecter la cavité utérine en supprimant les parties malades ;

3° A s'opposer à la réinfection.

Ces trois indications sont remplies par la dilatation artificielle de l'utérus, par l'emploi d'agents modificateurs de la paroi utérine, que ces agents soient mécaniques, caustiques ou antiseptiques et par la restauration orthopédique ou organique des organes génitaux, le traitement des lésions organiques et des déviations. La dilatation utérine seule suffit souvent à arrêter ces hémorrhagies anciennes et abondantes. Combinée avec un pansement antiseptique soigné, soit avec de l'iodoforme, soit avec de la glycérine créoso-

tée, soit avec du sublimé, elle peut par une désinfection maintenue pendant un certain temps venir à bout de la plupart des métrites. Le curettage sera réservé aux cas exceptionnels où les fongosités de la muqueuse utérine ont acquis un tel développement qu'on ne pourra en espérer la désagrégation lente ou la régression.

LOUIS.

Étude comparative des différents traitements de prolapsus utérin, par le Dr VATON. Paris, Doin, 1890.

Les deux premiers chapitres sont consacrés à l'étude de l'étiologie, du mécanisme et de l'anatomie pathologique du prolapsus utérin et contiennent un exposé concis de la question. L'historique du traitement fait avec soin et clarté présente un grand intérêt. Puis l'auteur étudie le traitement médical (pessaires et massage) et montre qu'il est parfois nuisible et presque toujours, sinon toujours, inefficace. Aussi est-on presque toujours obligé d'en venir tôt ou tard au traitement chirurgical. Celui-ci comprend trois sortes d'opérations :

1° Celles qui agissent sur les annexes, vulve, vagin, ligaments ronds.

2° Celles qui agissent par l'ablation totale ou partielle de l'organe prolabé.

3° Celles qui sont destinées à fixer l'utérus à la paroi abdominale en ouvrant ou en n'ouvrant pas le péritoine.

Toutes ces opérations n'ont ni la même gravité, ni la même efficacité, ni les mêmes indications. Elles ne sont donc pas absolument comparables entre elles.

Il faut tenir compte, dans le choix de l'intervention, de l'âge et de la condition sociale de la femme. Chez les jeunes filles et les jeunes femmes on pratique, si le prolapsus est léger, l'opération d'Alexander-Alquié et si le prolapsus est grave, l'hystéropexie abdominale par le procédé de Terrier. Chez les femmes âgées ayant dépassé la ménopause on remédiera au prolapsus par le cloisonnement du vagin associé à la colpopérinéorrhaphie et aux autres opérations pratiquées sur les annexes. Enfin si l'utérus est tellement prolabé, tellement hypertrophié que la réduction est impossible, ou si l'organe subit une dégénérescence maligne quelconque on aura recours à l'hystérectomie vaginale de préférence à toute autre.

8 planches hors texte facilitent la compréhension des divers procédés opératoires. LOUIS.

Contribution à l'étude des psorospermoses cutanées et de certaines formes de cancer : maladie de la peau dite maladie de Paget, par Louis WICKHAM. Paris, Masson, 1890.

Décrite pour la première fois en 1874 par sir James Paget, la variété de cancer du sein consécutive à des lésions chroniques du mamelon, a, depuis lors, été observée un grand nombre de fois. Un regain d'actualité vient d'être donné à l'étude de cette affection par les travaux de Malassez, puis de Darier, qui ont montré que cette lésion s'accompagnait constamment de la *présence* dans les tissus malades *d'une coccidie*. C'est à grouper les diverses observations publiées, en y ajoutant le fruit de recherches personnelles consciencieuses, que s'est attaché M. L. Wickham.

L'intérêt de son travail réside principalement dans une étude minutieuse des lésions de cette affection. *Histologiquement*, elle est essentiellement caractérisée par une désorganisation considérable de l'épiderme ; les cellules normales de celui-ci ont disparu ; on trouve à leur place des corps ronds volumineux entourés de cellules migratrices ou bien l'épiderme présente des traces de prolifération épithéliale active ; le derme est enflammé et épaissi. A une période plus avancée on trouve les lésions de l'épithélioma lobulé, ou du tubulé, ou du carcinome ; le tout naissant à la fois de l'épiderme et des glandes mammaires sébacées et sudoripares. Au niveau de ces lésions existent des corps ronds, volumineux, *psorospermies oviformes* ou *coccidies*. Il suffit pour les voir de racler la surface malade, de dissocier dans une goutte d'eau et d'examiner au microscope. Ces recherches tendraient à établir que certaines tumeurs malignes reconnaissent pour cause un parasite et non pas une déviation nutritive de cause interne. Déjà ces psorospermies ont été observées dans des épithéliomas cutanés, ne répondant pas au type de Paget, par W. Dubreuilh et par L. Wickham, dans un épithélioma vésical par J. Albarran ; mais comme on a vu ces parasites dans des lésions diverses, tumeurs de la crête du coq, acné varioliforme (Neisser), psorospermose folliculaire végétante (Darier), etc., on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas là d'un parasite banal, trouvant dans certaines lésions un milieu favorable à son développement ; aussi, malgré tout l'intérêt qui s'attache à ces

divers travaux, ne pouvons-nous encore nous rallier absolument à l'opinion de l'auteur et affirmer d'une manière définitive la nature parasitaire du cancer.

H. H.

De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique, par AUVARD. Paris, Lecrosnier, 1891.

Bien conçu comme plan général, ce manuel est divisé en deux parties. Dans la première, l'auteur étudie les microbicides, mécaniques, physiques et chimiques, l'antisepsie du personnel médical, de la patiente, des instruments, des objets de pansement, etc. Dans la deuxième, l'antisepsie est successivement envisagée d'une manière plus spéciale, pendant la puerpéralité et en dehors de la puerpéralité.

Manuel d'électrothérapie gynécologique, par L. BRIVOIS. Paris. Doin, 1890.

L'auteur se propose dans la première partie de son livre d'initier le lecteur aux connaissances spéciales que réclame l'emploi de l'électricité en gynécologie. Après avoir donné un aperçu très succinct des phénomènes fondamentaux, énoncé les unités électriques adoptées par le congrès de Paris de 1881, les lois électriques importantes à connaître, étudié les différentes manifestations de l'électricité utilisable en gynécologie, il décrit l'outillage dont on aura à se servir.

La 2e partie de l'ouvrage est consacrée à l'électrothérapie ; la voltapuncture y tient une place importante, la place d'honneur est réservée au traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli (chimicaustie intra-utérine), procédé déjà connu et auquel l'auteur ajoute quelques détails techniques. La faradisation y est également indiquée.

MALLY.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

HYSTÉROPEXIE OU SUSPENSION DE L'UTÉRUS A LA PAROI ABDOMINALE

Par le Dr **H. Delagénière** (du Mans), ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

L'opération dont je veux tracer l'histoire et étudier les applications est de date trop récente pour qu'une opinion formulée et tranchée puisse être émise. Je me bornerai donc, comme l'ont fait la plupart des chirurgiens qui ont écrit sur la question, à résumer les documents connus, à faire l'examen critique des procédés employés, en m'appuyant pour ce dernier point sur les règles générales de la chirurgie abdominale et sur les faits que j'ai eu l'occasion d'observer dans le service de mon maître M. Terrier.

Ma tâche sera singulièrement facilitée par le travail considérable de mon excellent ami le Dr Marcel Baudouin qui a fait de ce sujet l'objet de sa thèse inaugurale (1). Là se trouvent exposés et judicieusement critiqués tous les matériaux de la question.

Ils sont étudiés surtout au point de vue des rétro-déviations utérines, et l'auteur cherche peut-être un peu trop à

(1) M. Baudouin. *Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétro-déviations de l'utérus.* Th. Paris, 1890.

faire de l'hystéropexie une opération spéciale réservée à ces seuls cas déterminés. Je ne le suivrai pas dans cette voie, non plus que mon collègue et ami Dumoret qui, lui, semble réserver l'opération pour le prolapsus utérin. A mon sens, la suspension de l'utérus à la paroi abdominale peut être indiquée dans différents cas. La question revient donc à savoir si cette suspension de l'utérus est *possible*, si elle est *durable*, enfin si elle peut être employée pour remédier à certains états pathologiques.

II

Je n'insisterai pas sur la définition qu'il faut donner de l'hystéropexie ; aujourd'hui, tout le monde s'entend sur ce point. C'est une opération qui a pour but de suspendre l'utérus en le fixant à la paroi abdominale antérieure.

J'admets comme la plus exacte la circonlocution proposée par Baudouin (1): *Hystéropexie abdominale antérieure ;* mais pour plus de simplicité je désignerai dans le cours de cette étude, l'opération qui nous occupe simplement par le mot *hystéropexie* (2). D'autres dénominations ont été proposées, toutes également mauvaises et incomplètes, je les énumérerai cependant pour empêcher le lecteur de s'égarer dans les publications déjà très nombreuses sur cette question : *ventro-fixation; utéro-fixation; hystérorrhaphie; antéfixation; gastrohystéropexie; utérorrhaphie; gastrohystérorrhaphie; gastrohystérorsynaphie; laparohystérorrhaphie ; laparohystéropexie; symphyse utéro-pariétale*, etc.

III

Dans l'hystérotomie abdominale, on peut fixer le moignon utérin à la paroi, mais ce n'est là qu'un mode d'*hystéropexie complémentaire*, dont nous n'avons pas l'intention de nous occuper. Nous n'aurons en vue que l'hystéropexie faite de

---

(1) *Loc. cit.*, p. 11.

(2) Terme proposé par le professeur TRÉLAT.

propos délibéré, dans le but de remédier à une lésion définie.

C'est en 1869 que fut faite la première hystéropexie, par Kœberlé. Il s'agissait d'une rétrodéviation. Six ans plus tard, Sims répéta l'opération. Kaltenbach (1), en 1876, fixa l'utérus à la paroi pour remédier à un prolapsus.

Dès lors le principe était posé, mais l'opération ne jouit pas tout d'abord d'une bien grande faveur, surtout en France. Ce n'est qu'en mars 1889 que la question subit une nouvelle impulsion par la publication du mémoire de M. Terrier. Depuis cette époque, les observations se sont multipliées; c'est ainsi que Dumoret relève 11 cas pour prolapsus et Baudouin 78 pour rétrodéviations, soit un total de 89 cas.

Actuellement, le point en litige qui préoccupe le plus les chirurgiens est la question de la solidité et de la permanence des adhérences créées. En un mot, l'hystéropexie est-elle définitive et peut-elle l'être ?

IV

La fixation de l'utérus à la paroi abdominale ne peut se faire d'une façon sûre et vraiment chirurgicale qu'après avoir ouvert l'abdomen.

Il faut donc être convaincu de l'innocuité de la laparotomie d'une façon générale, et *de la laparotomie telle que l'on peut soi-même la pratiquer,* pour tenter une semblable opération.

Elle ne diffère donc pas en cela des autres opérations abdominales et exige l'observation scrupuleuse des règles de la méthode antiseptique.

Ce principe fondamental posé, l'hystéropexie, au point de vue du manuel opératoire, est une opération qui repose sur ce fait de physiologie expérimentale, que deux séreuses, mises en contact intime et permanent, s'unissent rapidement et définitivement. Ce principe domine toute la chirurgie abdo-

(1) DUMORET. *Laparo-hystéropexie.* Th. Paris, 1889, p. 16.

minale, qu'il s'agisse d'une plaie simple de l'intestin, d'une résection de cet organe ou de l'estomac, ou de la fixation d'un organe quelconque de l'abdomen à un autre ou à la paroi abdominale.

Dans tous les cas, on se propose d'établir des adhérences permanentes au moyen de points de sutures ; ou quelquefois, par atavisme, au moyen de substances caustiques ou en maintenant le contact par des pinces, des broches ou autres instruments de la vieille chirurgie.

Les adhérences qu'on obtient par les points de suture se forment avec une rapidité extrême. En quelques heures, chez des animaux, elles peuvent être assez solides pour ne pouvoir facilement être détruites par des tractions. Il en est de même chez l'homme ainsi qu'on peut s'en convaincre dans le cours de certaines autopsies. Harley cite un cas de Bryant où une plaie intestinale faite pour extraire un calcul volumineux fut trouvée parfaitement réunie 8 heures après l'opération (1).

La solidité des adhérences ainsi obtenues est aussi très grande. Il faut cependant s'entendre sur cette question de solidité. Assurément si l'on ne considère que les deux feuillets séreux, ils s'unissent intimement l'un à l'autre et leur séparation devient bientôt impossible.

Ils sont fusionnés. Mais si on considère les deux organes qu'on a voulu unir l'un à l'autre, ils conservent vis-à-vis de leur recouvrement séreux leur indépendance relative. Les feuillets séreux restent bien en contact, mais les organes peuvent se décoller pour ainsi dire de leur séreuse. Je me souviens, à ce propos, avoir examiné au mois de novembre 1889, une malade de M. Terrier opérée le 13 mars 1888 (2).

L'utérus était encore suspendu à la paroi, mais par des adhérences relativement lâches et souples, qui lui laissaient

(1) HARLEY. *Diseases of the Liver*, p. 670.

(2) Voir l'observation in *Bull. Soc. chir.*, 1888.

une certaine mobilité sur la face profonde de la paroi abdominale.

D'ailleurs mon maître, M. Lucas-Championnière a pu vérifier le fait en pratiquant une nouvelle laparotomie le 3 février 1890 à une femme hystéropexiée le 30 novembre 1889. L'utérus était relié à la paroi abdominale par une adhérence très solide en forme de faux (1).

On peut donc obtenir par des points de suture un contact assez intime et assez permanent pour donner aux adhérences le temps de se former. Il nous reste à voir à présent quels sont les fils qui doivent être employés de préférence. On pourrait, en effet, se trouver embarrassé en présence des hésitations de certains chirurgiens pour le choix de leur fil et de la préférence marquée de certains autres pour un fil déterminé. Je rappellerai les expériences qui ont été faites par Thompson avec des fils préparés d'après les procédés ordinaires (2).

A. — *Au point de vue de l'asepsie :*

1° Le catgut chromé trouble la gélatine dans quelques cas.

2° Le catgut phéniqué la trouble immédiatement.

3° La soie n'a jamais donné de cultures.

B. — *Au point de vue de la résorption :*

1° Le catgut chromé au bout de 64 jours n'était pas encore résorbé mais entouré de fausses membranes.

2° Le catgut phéniqué complètement résorbé au bout de 17 jours.

3° La soie complètement résorbée en 64 jours.

Il résulterait de ces expériences que le catgut phéniqué doit être rejeté à cause des dangers d'infection qu'il fait courir; qu'on devrait lui préférer le catgut chromé comme plus aseptique et plus difficilement résorbable, enfin que la soie serait le plus sûr et le meilleur moyen de suture.

A mon sens, la nature des fils importe peu. Ce qui est indispensable c'est d'avoir des fils aseptiques.

(1) Observation citée dans la thèse de BAUDOUIN.

(2) *Cent. f. Gynaek.*, n° 24, 1889.

- Le catgut phéniqué employé par Thompson dans ses expériences était sans doute mal préparé ; c'est, je crois, tout ce qu'il a prouvé.

V. — Indications.

Dans ce chapitre, le plus difficile à traiter et aussi le plus important pour les praticiens soucieux de faire bénéficier leurs malades des méthodes chirurgicales modernes, il ne s'agira que des hystéropexies de propos délibéré. En effet, il peut se faire qu'au cours d'une laparotomie le chirurgien ait avantage à fixer l'utérus à la paroi, lorsque par exemple il a détruit les ligaments utérins, lorsqu'après avoir détaché des adhérences pelviennes il craint de voir l'utérus se fixer dans une situation vicieuse; quand enfin il trouve dans l'hystéropexie un moyen de remédier à une situation vicieuse d'un organe quelconque.

Dans ces circonstances, l'hystéropexie est complémentaire d'une autre opération et ses indications ne sauraient être précisées d'avance. Il n'en est pas de même dans certains cas pathologiques définis où la fixation de l'utérus est pratiquée de propos délibéré pour guérir la malade.

Nous allons successivement passer en revue les différents cas pour lesquels l'hystéropexie a été conseillée; le prolapsus utérin, les rétrodéviations, les inversions utérines, et certains cas de prolapsus des annexes.

Le *prolapsus utérin* se rencontre chez des femmes dont le périnée, pour une cause ou une autre, est devenu insuffisant. Il y a eu déchirure du périnée, relâchement d'une ou des deux parois vaginales, ce qui se traduit par de la cystocèle ou de la rectocèle. On a cherché d'abord à remédier à cet état de chose par des opérations multiples pratiquées sur le vagin et le périnée. Les plus efficaces de ces opérations ont été les colporrhaphies, antérieure et postérieure, et les périnéorrhaphies. On arrive ainsi à rétrécir la vulve et le vagin, à diminuer la cystocèle et la rectocèle; quand la malade quitte l'hôpital elle est guérie, mais pour un temps seulement.

Bientôt, en effet, les cicatrices se relâchent, la cystocèle reparaît puis le prolapsus complet. L'utérus, dont les moyens de fixité sont restés insuffisants, n'a pas cessé par son poids de comprimer, de distendre les cicatrices qui seules faisaient obstacle à sa descente, de telle sorte que celles-ci ont cédé à la longue et ont permis le retour des accidents.

Dans ces conditions, l'hystéropexie se propose de soutenir l'utérus, de remplacer ses moyens de fixité naturels par la création d'adhérences solides qui maintiendront l'organe suspendu et l'empêcheront de venir faire saillie entre les grandes lèvres et d'entraîner avec lui la vessie et les parois vaginales.

Le but sera-t-il atteint, ou mieux l'hystéropexie sera-t-elle capable de guérir radicalement le prolapsus ? nous ne le croyons pas et serons en cela moins affirmatifs que notre collègue et ami M. Dumoret (1) dont le travail repose sur 25 observations la plupart très récentes. Nous avons vu des récidives de prolapsus après l'hystéropexie simple, ce que nous nous expliquons de la façon suivante :

L'utérus, par son poids, lutte incessamment contre ses adhérences et moyens de soutien, il n'est pas arrêté par le périnée, puisqu'il est insuffisant, et il finit par triompher de ses nouveaux moyens de fixité, d'autant plus vite qu'ils seront moins considérables et que le périnée sera plus faible.

Dès lors, la conclusion sera facile à tirer, il faudra d'abord rendre à la malade un périnée suffisant, puis pratiquer l'hystéropexie afin de maintenir l'utérus soulevé. Assurément, dans ces conditions, les adhérences factices, établies entre l'utérus et les parois abdominales, pourraient subir un certain degré de distension jusqu'à ce que le périnée intervienne à son tour en opposant un plancher sur lequel l'utérus pourra prendre point d'appui. Le rôle des adhérences pariétales et celui du périnée restauré seront donc en quelque sorte corrélatifs. Tout au moins, ils lutteront l'un et l'autre contre

(1) DUMORET. *Loc. cit.*

le poids de l'utérus et, par suite, auront plus de chance d'en triompher. Est-ce à dire qu'on arrivera dans tous les cas à guérir les prolapsus de l'utérus, nous ne le croyons pas; mais nous sommes convaincus que l'hystéropexie aidée d'une restauration vaginale et périnéale constitue aujourd'hui le meilleur traitement du prolapsus et le seul qui soit efficace.

Les *rétrodéviations de l'utérus* seraient, d'après notre ami Marcel Baudouin, surtout justiciables de l'hystéropexie. Ici, les adhérences établies entre l'utérus et la paroi abdominale n'auront pas à lutter contre le poids total de l'utérus, il leur suffira d'en empêcher la bascule. L'hystéropexie seule suffira pour remédier à l'état de chose. D'ailleurs, sur 235 observations rassemblées par lui, il n'y aurait qu'un seul cas d'intervention périnéale après l'hystéropexie et cinq ou six seulement comme opérations préalables.

Quelles sont maintenant les rétrodéviations pour lesquelles l'hystéropexie sera indiquée? Nous croyons utile de distinguer différents cas.

Au point de vue anatomo-pathologique les rétrodéviations peuvent être simples, c'est-à-dire ne présenter aucune complication. Le fond de l'utérus rétroversé ou rétrofléchi regarde seulement en arrière en déterminant des désordres de simple compression. Mais le plus souvent les choses ne se passent pas aussi simplement, et l'utérus rétrodévié contracte en arrière des adhérences soit avec le rectum soit avec les parois du bassin; souvent ces adhérences sont elles-même consécutives à des lésions des annexes. Dans ces conditions, la rétrodéviation doit être considérée comme grave. Ceci posé comme principe fondamental, tout chirurgien qui sera en présence d'une rétrodéviation ayant causé quelques troubles devra, dans certains cas, considérer l'hystéropexie comme une opération urgente et dans certains autres comme une opération seulement nécessaire.

1° L'*hystéropexie est urgente*, dans tous les cas de rétrodéviations graves. Les lésions concomitantes des annexes,

les adhérences pelviennes qui se reconnaîtront à ce que l'utérus est fixé dans sa position vicieuse *seront des indications absolues d'intervention*. Peu importe qu'il s'agisse de rétroversions ou de rétroflexions, le fait essentiel, qui rend l'opération urgente, est la présence d'adhérences ou de foyers infectés dans la cavité péritonéale.

2° *L'hystéropexie sera seulement nécessaire* lorsque l'organe rétrodévié aura conservé sa mobilité. Ici les symptômes qui feront proposer l'intervention seront les douleurs intenses éprouvées par les malades, le ténesme rectal, la constipation opiniâtre, des troubles menstruels variables. C'est dans cette catégorie de faits que, selon nous, on doit faire rentrer les corps fibreux développés à la face postérieure de l'utérus. Dans ce cas, en tout comparable à une rétroflexion, l'hystéropexie sera consécutive à l'ablation des annexes, d'ailleurs comme dans les cas de rétro-déviations graves avec lésions des annexes.

Nous n'insisterons pas sur la question de savoir si l'opération doit être conseillée dans les cas de rétrodéviations simples et n'amenant aucun trouble. Il nous semble que l'opération devra être différée jusqu'à l'apparition des premiers symptômes (1). Alors on ne devra pas tarder à intervenir pour ne pas laisser le temps à cette rétrodéviation de se transformer en rétrodéviation grave.

L'inversion utérine, d'après Marcel Baudouin, constitue une lésion très grave pour laquelle l'hystéropexie serait indiquée quand la réduction a été obtenue. Gaillard Thomas est arrivé à désinverser un utérus après une laparotomie. Munde, Fraenkel, Schmalfuss, ont suivi son exemple avec succès. N'est-il pas logique de chercher, en fixant le fond de l'utérus à la paroi, à s'opposer à la reproduction de l'inversion. En tous cas, cette manière de faire est plus chirurgicale, et nous ne la croyons pas plus grave que les amputa-

(1) Il n'est pas exceptionnel, en effet, de rencontrer des femmes atteintes de rétrodéviations fort anciennes dont elle n'ont jamais souffert.

tions vaginales de l'organe inversé, et surtout les tentatives aveugles de réduction.

Le *prolapsus des ovaires*, dans certains cas, nécessitera l'hystéropexie. Presque toujours, le prolapsus s'observe dans des cas de lésions des annexes qui tombent et se fixent en arrière de l'utérus, dans la cavité de Douglas. Dans ces conditions, l'ablation des annexes s'impose et il n'y a pas lieu de faire l'hystéropexie. Il n'en sera pas de même si les annexes prolabées sont saines. Dans ce cas, l'hystéropexie permettra de les placer dans une situation à peu près normale, et d'assurer leur libre fonctionnement. Dans ces conditions, l'opération a été pratiquée cinq fois avec succès.

VI. — Contre-indications.

Nous laisserons de côté les contre-indications générales à toute laparotomie : âge trop avancé, cachexie, diabète, affections cardiaques et pulmonaires, elles n'ont rien de spécial ici.

La question de grossesse future a préoccupé quelques chirurgiens, et Marcel Baudouin a fait de cette question une étude approfondie (1). Nous la résumerons en quelques mots. Seuls des faits de grossesse chez des femmes opérées d'hystéropexie, pouvaient trancher la question ; or, dans ces derniers temps, cinq observations ont été publiées et prouvent, non seulement qu'une femme hystéropexiée peut devenir enceinte (cas de Saenger et de Vlacos), mais qu'elle peut encore arriver à terme et accoucher normalement (un cas de Routier, deux de Winiwarter). Chez ces trois dernières malades, les adhérences de l'utérus à la paroi abdominale persistaient après l'accouchement. Ces trois faits sont assez probants pour qu'il soit inutile d'insister. L'objection grossesse se trouve annihilée, comme, aux débuts de l'hystéropexie, l'objection de l'impossibilité de la réplétion de la vessie.

(1) BAUDOUIN. *Loc. cit.*, p. 144.

Les contre-indications qui doivent seules nous occuper sont celles que le chirurgien rencontrera lorsque le ventre sera ouvert; distinguons les cas :

1° *Il s'agit de prolapsus.* — Il est évident que si le prolapsus est irréductible l'hystéropexie ne pourra pas être exécutée, or *la question d'irréductibilité ne pourra être jugée que lorsque le ventre sera ouvert.* Des adhérences trop solides, trop étendues au niveau de l'invagination pourront seules nous renseigner. On devra même, dans tous les cas, essayer de les rompre pendant qu'un aide refoulera l'organe prolabé. Ce ne sera qu'après des tentatives longues et patientes de réduction que le chirurgien devra prendre un autre parti et abandonner l'hystéropexie.

2° *Dans les cas de rétrodéviations* on a souvent affaire à des lésions multiples des annexes et du péritoine pelvien. La difficulté de mener l'opération à bien, les risques que l'on fera courir à la malade devront seuls guérir le chirurgien. Nous ne saurions mieux faire à ce sujet que de nous rallier aux conclusions de Polk : D'après lui, on devra s'abstenir dans les cas :

1° *D'adhérences très importantes et très solides.*

2° *De grande profondeur du petit bassin.*

3° *De petitesse notable de l'utérus.*

4° *Une étendue trop faible et une rigidité trop grande des ligaments utéro-sacrés et du bord inférieur des ligaments larges.*

Ces cas, fait observer Marcel Baudouin, doivent être très rares, nous le voulons bien.

3° L'*inversion utérine* n'est justiciable de l'hystéropexie que lorsque sa réduction a été faite après la laparotomie en dilatant l'anneau formé par le col utérin. Les adhérences trop solides, les lésions de voisinage en s'opposant à cette dilatation, et par suite à la réduction, constitueront sans doute la contre-indication principale.

VII. — Manuel opératoire.

Nous allons, dans ce chapitre, étudier le manuel opératoire de l'hystéropexie et passer en revue les nombreux procédés qui ont été proposés et exécutés. Les uns sont intrapéritonéaux c'est-à-dire que la fixation de l'utérus se fait après l'ouverture du ventre; les autres sont extra-péritonéaux c'est-à-dire que la fixation se fait sans ouvrir le péritoine.

Dans le premier cas, on peut fixer l'utérus lui-même à la paroi (*procédés directs*) ou l'y maintenir par ses annexes ou ses ligaments (*procédés indirects*), enfin, dans certains cas, on a employé des procédés mixtes.

Nous allons étudier successivement les procédés *directs*, *indirects*, *mixtes* et nous terminerons par les procédés *extra-péritonéaux*.

A. — PROCÉDÉS DIRECTS

Ce sont les plus nombreux, les plus sûrs, les plus chirurgicaux, en ce sens que les grandes règles de la chirurgie moderne y sont appliquées dans toute leur rigueur.

Pour cette raison nous leur consacrerons une étude plus longue qu'aux autres.

Pour ne pas nous perdre dans des détails superflus, et fatiguer le lecteur par une énumération fastidieuse de procédés la plupart analogues les uns aux autres, nous nous sommes efforcés de les classer sous trois différents types suivant les modifications importantes apportées au manuel opératoire.

1° *Procédé de Lawson Tait ou à sutures temporaires.* — Lawson Tait serait le premier chirurgien qui ait employé ce procédé. L'abdomen une fois ouvert, les fils fixateurs au nombre de deux sont passés dans le muscle utérin, près du fond, puis de chaque côté de l'incision à travers toute l'é-

paisseur de la paroi abdominale. En les nouant on applique la séreuse viscérale contre la séreuse pariétale et on ferme en même temps la paroi. Le chirurgien a encore l'avantage dans ce procédé de pouvoir enlever les fils fixateurs au bout de quelques jours, ce qui lui permet d'employer des fils métalliques.

On reconnaît, dans ce procédé, la grande simplicité de toutes les opérations préconisées par le célèbre chirurgien anglais. Nous ne lui reprocherons que son principe même, d'employer des sutures temporaires, et de trop restreindre le nombre des points de suture. Gaillard Thomas (1) aurait

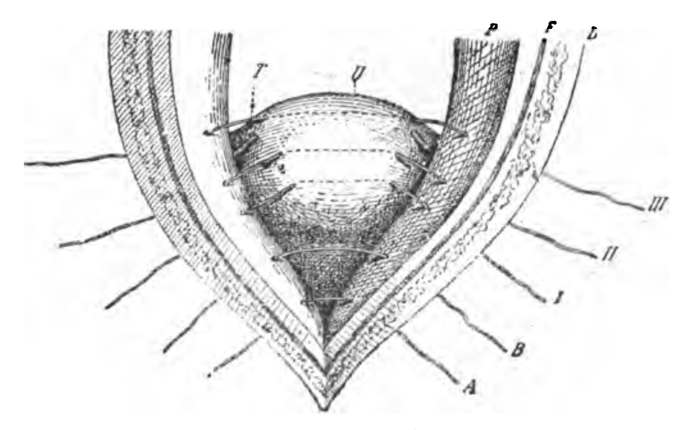


Fig. 1. — Procédé de Léopold (2).

I, II, III, fils fixateurs de l'utérus. — A, B, fils de suture de la paroi abdominale (partie inférieure). — U, utérus. — T, trompe. — P, péritoine. — F, fascia sous-péritonéal. — D, derme.

eu recours à ce procédé, enfin Léopold (de Dresde) l'a perfectionné en augmentant les sutures (trois au lieu de deux).

---

(1) Voir Th. Baudouin, p. 49.

(2) Cette figure et les suivantes sont extraites des thèses de nos amis Baudouin et Dumoret, que nous sommes heureux de remercier pour la parfaite obligeance avec laquelle ils ont mis leurs clichés à notre disposition.

Nous reviendrons plus loin sur ce procédé de Léopold.

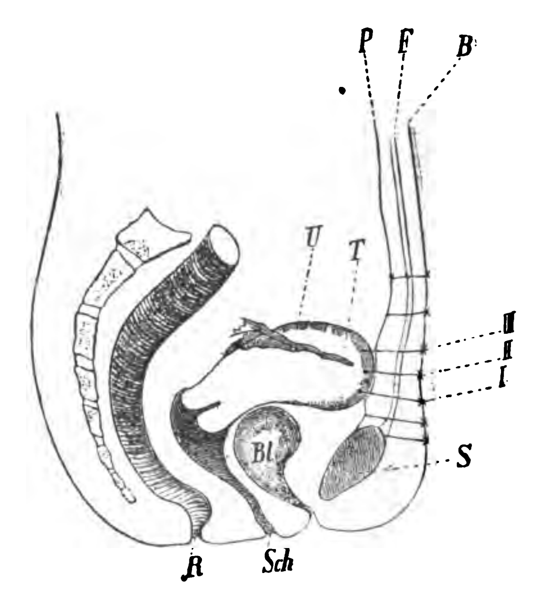


FIG. 2. — Procédé de LÉOPOLD.

R, rectum. — Sch. vagin. — Bl, vessie. — U, utérus. — T, cornes de l'utérus où s'insèrent les trompes. — S, symphyse pubienne. — P, péritoine. — F, fascia sous-péritonéal. — B, partie musculo-cutanée de la paroi abdominale. — I, II, III, fils fixateurs de l'utérus (les étoiles indiquent la situation des nœuds). — Au-dessus et au-dessous on voit les sutures destinées à compléter la fermeture de la paroi abdominale.

2° *Procédé F. Terrier ou à sutures perdues.* — Czerny aurait employé les sutures perdues avant M. Terrier, mais il passe seulement *deux fils en anse* dans le tissu utérin au niveau du fond de l'organe, de telle sorte que sa manière de faire est très inférieure de celle de notre maître. Ce n'est qu'un léger perfectionnement apporté à la méthode de Lawson Tait, mais insuffisant. J'ai vu, en effet, ce mode opératoire employé une fois par mon maître M. Quénu, il s'agissait d'un prolapsus, qui se reproduisait peu de temps après l'opération.

M. Terrier pose en principe la multiplicité des points de suture et la grande étendue des surfaces accolées. En un mot *l'hystéropexie doit être faite aux dépens du fond et de la face antérieure de l'utérus dans la plus grande largeur possible.*

Ceci posé, voyons comment procède notre maître.

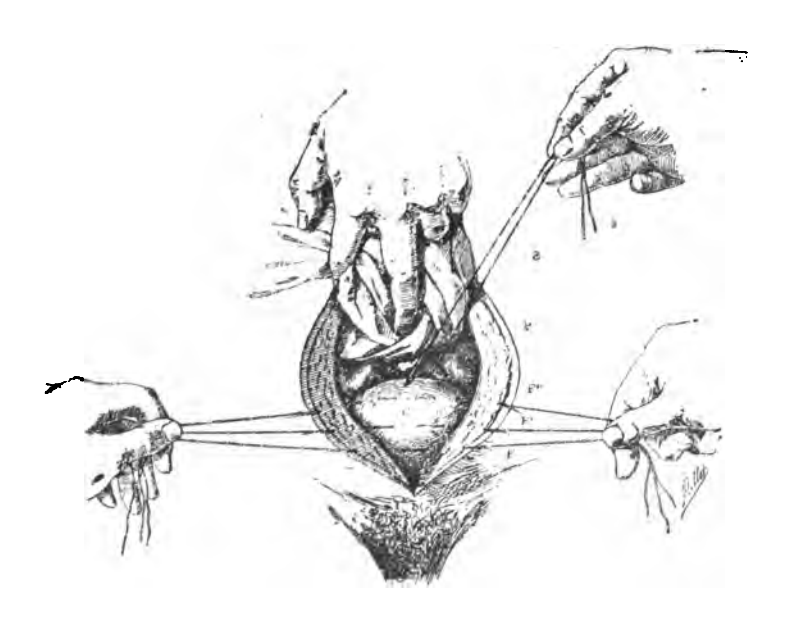


FIG. 3. — Procédé de F. TERRIER.

U, utérus. — F, F', F'', fils fixateurs. — S. fil de soie destiné à tirer en haut l'utérus pendant l'opération et à le maintenir (ce fil doit être plus gros que les autres, afin de ne pas déchirer l'utérus pendant les tractions. — P, paroi abdominale.

Lorsque la cavité péritonéale est ouverte, l'utérus est soutenu d'une main pendant que de l'autre un fil est passé longitudinalement dans le fond du muscle utérin. L'anse ainsi formée est destinée à soulever l'utérus pendant le reste de l'opération afin de faciliter le placement des fils.

Une première soie est alors passée avec l'aiguille de Reverdin, d'abord d'un côté à travers les lèvres de l'ouverture de la paroi abdominale exceptée ; elle ressort par le péritoine à 15 centimètres environ du bord libre de la séreuse puis elle est conduite *en faufilés* à travers le muscle

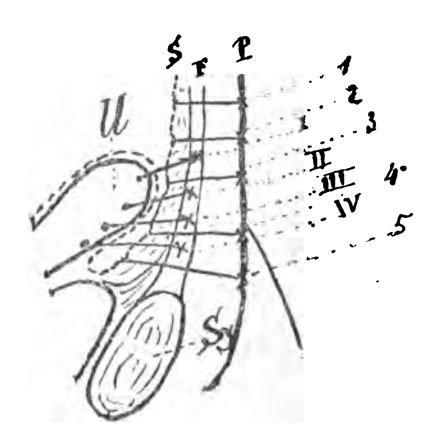


FIG. 4. — Procédé de F. TERRIER.

Sy, symphyse pubienne. — U, utérus. — S, séreuse péritonéale. — F, fascia sous-péritonéal, aponévroses et muscles de la paroi abdominale. — P, peau et tissu cellulaire sous-cutané. — I, II, III, IV, fils fixateurs de l'utérus. — 1, 2, 3, 4, 5, points de suture de la paroi abdominale.

utérin à l'union du col et du corps. Enfin, elle est de nouveau passée de l'autre côté à travers les lèvres de l'ouverture, toujours à 15 millimètres du bord libre et en exceptant la peau. Une deuxième, une troisième et même quelquefois une quatrième soie sont placées au-dessus de la première en se rapprochant du fond de l'organe où se trouve l'anse de soutien qui devient ensuite le dernier fil fixateur. Il suffit alors de fermer ces fils les uns après les autres et de terminer comme dans les autres laparotomies par la fermeture de la paroi.

Ce procédé est simple et rapide, il a été adopté en France par la plupart des chirurgiens. Quelques-uns ont cru devoir cependant y apporter quelques modifications.

1° M. Laroyenne, de Lyon, pour maintenir l'utérus appliqué contre la paroi pendant le placement des fils, embroche le muscle utérin et les deux lèvres de l'incision avec autant d'aiguilles enfilées qu'il veut de points de suture. Quand l'utérus est ainsi bien maintenu au moyen des aiguilles, il passe les fils les uns après les autres en les nouant à mesure.

2° M. Pozzi applique à l'hystéropexie la suture en surjet et à étages qu'il a adoptée d'une façon générale pour toutes les opérations.

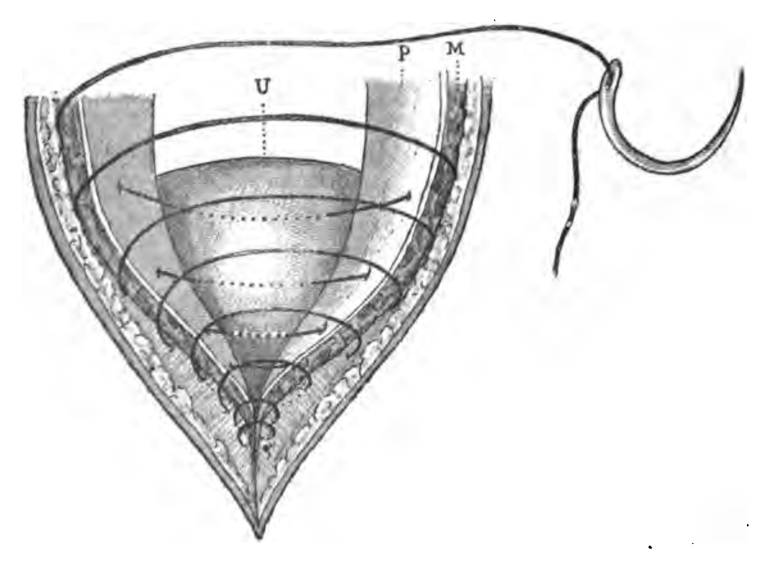


FIG. 5. — Procédé de POZZI.

U, fond de l'utérus. — P, péritoine. — M, couche musculo-aponévrotique de la paroi abdominale antérieure.

L'étage inférieur du surjet comprend le muscle utérin et l'applique contre la séreuse pariétale.

3° M. Picqué, dans le but de laisser libre la partie médiane de la matrice, dispose quatre fils, deux de chaque côté, en les nouant de chaque côté de la ligne médiane ; il y ajoute en bas un point médian.

4° Zuismeister, de Vienne, au lieu de disposer les fils horizontalement, les place verticalement à 2 centimètres de la ligne médiane. Après avoir cheminé dans la plus grande étendue possible du muscle utérin, il pénètre dans l'épaisseur de la paroi, ressort dans la cavité péritonéale et noue ses fils dans la cavité séreuse.

5° M. Faucon, de Lille, complique le procédé de Zuismeister en s'efforçant de fixer l'utérus au-dessous de l'angle

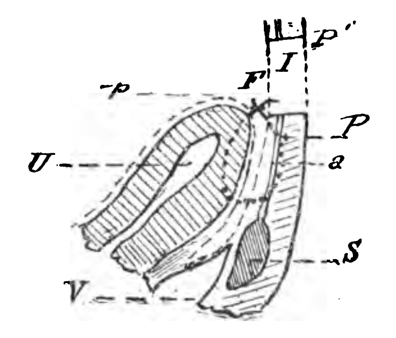


Fig. 6. — Procédé de Faucon.

P, paroi abdominale. — a, aponévrose de la paroi abdominale. — P', paroi abdominale au-dessus de l'incision I de la laparotomie. — S, Symphyse pubienne. — V, vessie. — U, utérus. — p, péritoine utérin. — F, fil fixateur, vertical, médian et son nœud intra-péritonéo-abdominal.

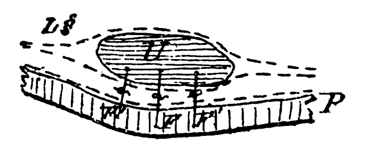


Fig. 7. — Procédé de Faucon.

Coupe horizontale passant au niveau du point F de la fig. 6. — U, fond de de l'utérus. — Lg, ligaments larges. — P, paroi abdominale. — F, fil fixateur médian. — F', F', fils fixateurs latéraux.

inférieur de l'incision pratiquée à la paroi abdominale. Il fait cette incision très haut et place trois crins de Florence verticaux abandonnés dans la couche séreuse.

Comme on le voit, tous ces procédés n'ont pour but que d'accoler deux surfaces séreuses l'une à l'autre pour en obtenir l'union. Peu importe que les fils soient placés dans un sens ou dans un autre, que les nœuds soient placés dans

l'intérieur de la cavité séreuse ou en dehors, que l'on ait recours au surjet ou aux points séparés, le principe est le même. M. Terrier a bien posé les données du problème car le but que l'on doit poursuivre est d'avoir des adhérences *durables* et *solides*. Il faut donc, conformément à sa pratique :

1° Multiplier les points de suture afin d'obtenir un contact plus intime et plus durable pour permettre aux adhérences de s'établir.

2° Placer les fils de façon à obtenir un contact étendu des deux séreuses afin d'avoir des adhérences larges et par suite plus solides.

Son procédé, mieux que tous les autres, remplit cette double condition; en outre, il est simple et d'une exécution relativement facile, c'est pourquoi je n'hésite pas à lui donner la préférence. Je l'ai vu employer fréquemment à l'hôpital Bichat et les résultats immédiats ont toujours été excellents.

J'ai signalé plus haut le relâchement ultérieur des adhérences dans un cas. J'attribue, sans preuves, il est vrai, cette complication au décollement progressif de la séreuse pariétale une fois que les adhérences ont été établies et que les soies ont été résorbées. La question est de savoir maintenant si cet étirement des adhérences est indéfini et si l'utérus, par sa pesanteur, peut en triompher et reprendre sa situation vicieuse antérieure. Ceci, d'après Baudouin, serait moins à craindre dans les cas de rétrodéviations que dans ceux de prolapsus (1) pour cette raison que les forces qui entrent en jeu pour lutter contre les adhérences créées sont moins considérables que lorsqu'il s'agit d'un prolapsus. Telle serait aussi l'opinion de M. Terrier qui serait disposé à augmenter encore le nombre de ses points de suture dans les hystéropexies pour prolapsus. A mon avis, l'hystéropexie doit être *une*, c'est-à-dire que le contact de l'utérus à la paroi abdominale doit être assuré définitivement.

---

(1) *Loc. cit.*, p. 48.

L'excès de solidité ne peut nuire même s'il ne s'agit que de remédier à une rétrodéviation, et le meilleur procédé sera celui qui permettra d'avoir l'adhérence la plus solide.

C'est dans ce but que quelques chirurgiens ont cherché à aviver la face antérieure de l'utérus, espérant par cette pratique obtenir une cicatrice plus intime.

3° *Procédé de Léopold, avec avivement de la face antérieure de l'utérus.* — Ce procédé est le plus répandu en Allemagne. Sa caractéristique est l'avivement de la face antérieure de l'utérus dans une étendue de 4 centimètres carrés environ. Léopold pratique cet avivement avec le dos d'un bistouri. Il racle la séreuse viscérale entre les points d'entrée et de sortie des fils et espère ainsi obtenir une adhérence plus intime avec la paroi.

Les fils fixateurs sont placés comme dans le procédé de Lawson Tait et traversent toute l'épaisseur de la paroi abdominale y compris la peau. Il les retire du 12e au 18e jour.

M. Thiriar, de Bruxelles (1), remplace le raclage avec le dos du bistouri par un avivement en règle de la partie supérieure de la face antérieure de l'utérus. Il détache un lambeau rectangulaire qui s'étend d'un ligament rond à l'autre et mesure 15 millimètres d'étendue. Il faut détacher non seulement la séreuse mais aussi enlever un peu de tissu utérin.

Là se borne l'innovation de ces deux chirurgiens qui se contentent, en somme, d'accoler l'utérus avivé à la séreuse pariétale.

Peut-on, en procédant ainsi, espérer obtenir une fixation meilleure ? Nous ne le pensons pas. Dembowski (2) par une série d'expériences pratiquées sur des animaux a démontré que l'adhérence d'une séreuse à une surface précédemment dépourvue de sa séreuse n'est pas plus solide que si les deux séreuses ont été accolées directement. Aussi sommes-nous

---

(1) BAUDOUIN. *Loc. cit.*, p. 53.

(2) *Arch. f. Klin. Chir.* Bd XXXVII, 1888.

en ce qui concerne le procédé Léopold-Thiriar de l'avis de M. Terrier et de Baudouin. *A priori*, il doit être rejeté.

Ce n'est pas que nous le considérons comme étant absurde, mais comme étant incomplet. L'avivement pour être logique devrait être pratiqué aussi du côté de la paroi abdominale, de façon à adosser deux surfaces saignantes, qu'on isolerait de la cavité péritonéale par une rangée de sutures séreuses. On obtiendrait ainsi une cicatrice centrale entourée complètement d'adhérences séreuses.

B. — PROCÉDÉS INDIRECTS (1)

La plupart de ces procédés ont été exécutés au cours de laparotomies, après l'ablation d'un kyste ovarique ou d'ovario-salpingites. Il s'agissait tantôt de remédier à une rétro-déviation, tantôt d'empêcher l'oblitération d'une trompe laissée saine, etc.

La fixation peut être *unilatérale* ou *bilatérale*. Elle peut se faire quand il y a eu ablation des annexes aux dépens du ou des deux pédicules. Si les annexes n'ont pas été enlevées, on peut fixer à la paroi soit les cornes utérines, soit l'origine des ligaments ronds, ou utéro-ovariens, soit même celle des trompes ! Enfin les ligaments larges eux-mêmes ont servi à cette fixation.

La fixation peut se faire dans la plaie abdominale comme on le faisait jadis dans le cours des ovariotomies en fixant le pédicule dans la plaie. On conçoit que cette fixation puisse être simple ou double suivant que les annexes ont été enlevées des deux côtés ou d'un côté seulement. Je n'ai pas à insister ici sur la manière de fixer les pédicules dans la plaie. Ce serait refaire l'histoire des clamps, des broches et autres instruments analogues.

Il n'en est plus de même des procédés ayant pour but la fixation de l'utérus à la paroi par les annexes en conservant la trompe et l'ovaire. J'en décrirai trois :

(1) Voir pour détails et appréciations Th. BAUDOUIN, p. 72.

1° *Procédé d'Olshausen ou fixation des cornes et des bords de l'utérus.* — Un premier fil est passé autour du ligament rond puis à travers la paroi abdominale, en ayant soin d'éviter l'artère épigastrique. Deux autres fils sont placés au-des-

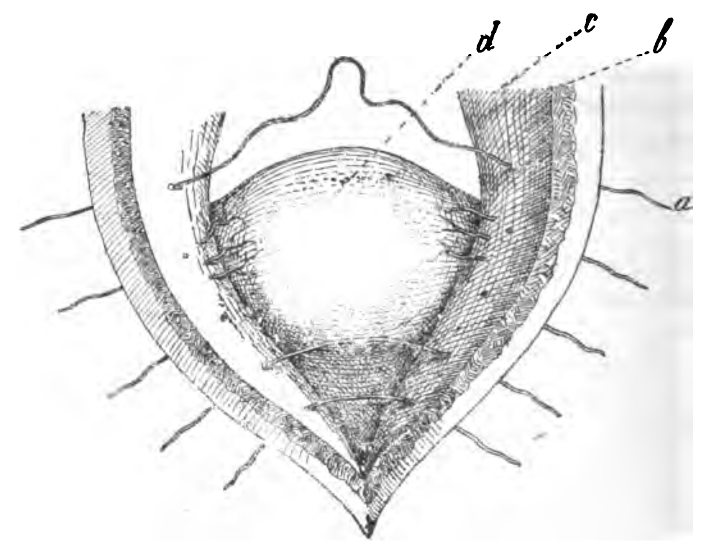


FIG. 8. — Procédé d'OLSHAUSEN.

a, fil de suture de la paroi abdominale. — *b*, muscles et aponévroses de la paroi. — *c*, péritoine. — *d*, fond de l'utérus.

sous du premier sur le bord interne du ligament large, puis passés à travers toute l'épaisseur de la paroi. Tous les fils sont liés sur la peau. Quand les fils sont ainsi placés de chaque côté, l'utérus est bien maintenu en contact de la paroi. Le reproche capital qu'on puisse faire à ce procédé c'est de nécessiter l'emploi de sutures temporaires. Il a, en outre, un inconvénient d'un autre ordre, mis en lumière par Saenger, c'est qu'il existe au niveau de l'angle inférieur de la plaie un petit espace, une sorte de fente, dans laquelle pourrait s'engager une anse d'intestin.

2° *Procédé de Kelly ou fixation des ligaments tubo-ovariens.* — Il place six sutures, trois de chaque côté de l'angle

inférieur de la plaie sur le péritoine pariétal, à quelques centimètres des lèvres de l'incision. Ces fils sont pris dans une pince de chaque côté. Il libère alors l'utérus, saisit les

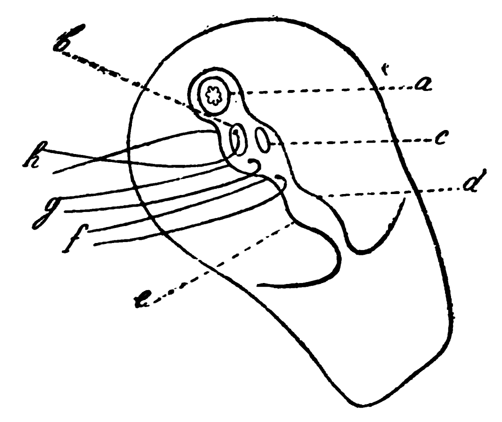


FIG. 9. — Procédé d'OLSHAUSEN.

a, trompe. — *b*, ligament rond. — *c*, ligament de l'ovaire. — *d*, feuillet postérieur du ligament large. — *e*, feuillet antérieur du ligament large. — *f*, *g*, *h*, fils fixateurs.

annexes d'un côté, les suture dans la plaie pour rendre visible le ligament utéro-ovarien, il passe alors les trois fils

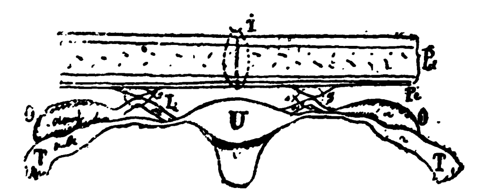


FIG. 10. — Procédé de KELLY.

Schéma représentant, vu par en haut, l'utérus fixé à la paroi abdominale. — U, utérus. — O, ovaire. — T, trompe. — L, ligament utéro-ovarien. — Pa, paroi abdominale antérieure (en coupe). — Pe, péritoine pariétal tapissant cette paroi. — i, incision médiane de la laparotomie fermée par une suture profonde. — S, une suture fixatoire réunissant le péritoine seul au ligament. L, utéro-ovarien.

du côté correspondant, de dedans en dehors à travers l'aileron du ligament utéro-ovarien, à mi-chemin entre l'ovaire et

l'utérus. Les fils ainsi placés sont confiés aux mors d'une pince pendant que les fils de l'autre côté sont placés de la même façon. Il suffit alors de tirer sur les fils pour amener les ligaments utéro-ovariens au contact de la séreuse pariétale et nouer les six fils les uns après les autres L'utérus se trouve alors en antéversion forcée suspendu à la paroi abdominale, ainsi que le fait judicieusement remarquer Marcel Baudouin, comme le serait un homme pendu à un plafond par les omoplates.

Ce procédé aurait, sur le précédent, l'avantage d'utiliser des sutures perdues, mais il est insuffisant, ne produit, au dire même de Kelly, que des adhérences lâches et lamelleuses incapables de résister dans la grande majorité des cas.

3° *Procédé de Winiwarter ou fixation des ligaments larges.* — Ce chirurgien préconise un procédé fort analogue aux précédents. Il passe le fil fixateur à travers le ligament large au-dessous de l'ouverture de la trompe dans l'utérus puis il le fixe aux bords de l'incision.

Cette manière de faire encourt les mêmes reproches que nous avons adressés aux procédés de Olshausen et de Kelly. Nous n'y insisterons pas davantage.

C. — PROCÉDÉS MIXTES

Ce sont des combinaisons des procédés précédemment décrits. Peut-être pourrait-on, en combinant un procédé direct et un procédé indirect, obtenir une fixation plus solide ? On trouvera dans la thèse de Baudouin la relation de plusieurs cas où le corps de l'utérus et les annexes ont été simultanément fixés (Hennig, Prochownick, Hofmeier, Præger). M. Doléris a proposé de fixer dans la plaie les pédicules des annexes enlevées de chaque côté, après avoir fixé le corps de l'utérus à la paroi.

Enfin, sous le nom d'*étançonnage utérin*, M. Roux, de Lausanne, préconise un procédé pratiqué plusieurs fois par Klotz. Ce chirurgien fait la suture d'une trompe au pédicule de

l'ovaire d'un côté de la plaie abdominale, puis il place un drain en verre en arrière de l'utérus, dans la cavité de Douglas, pour maintenir l'organe en antéversion et favoriser dans cette situation la formation d'adhérences postérieures. Ce drain est laissé en place trois à quatre semaines.

Peut-on espérer, en fixant les pédicules des annexes enlevées, obtenir une adhérence beaucoup plus solide qu'en suturant simplement l'utérus? Nous ne pouvons résoudre cette question n'ayant jamais vu suivre cette pratique par aucun de nos maîtres. Qu'on veuille bien se rappeler ce qui se passait lorsqu'on fixait dans la plaie les pédicules des ovariotomies, la cicatrice se rétractait; la peau s'ombiliquait pendant un temps variable, puis peu à peu tout rentrait dans l'ordre, sans doute au moment où les adhérences du pédicule étaient devenues assez lâches pour ne plus être influencées par le poids de l'utérus. Nous nous demandons en vérité, quelle pourrait être l'efficacité de semblables adhérences aussi facilement extensibles. En tous cas, le petit avantage qu'on pourrait obtenir au point de vue de la fixation proprement dite par cette manière de faire serait loin de compenser l'inconvénient de supprimer des annexes lorsqu'elles sont saines. Par suite, à notre point de vue, la fixation indirecte ne doit être combinée à la fixation directe que dans le cas d'ablation d'annexes malades, et encore, dans ce cas là, le meilleur argument en faveur de cette méthode est son innocuité parfaite.

Quant à l'étançonnage utérin, il ne tient pas devant la critique. Tout le monde sait que le drainage péritonéal est une complication sérieuse après une laparotomie, à cause de l'infection possible au moment des pansements, je n'y insisterai pas.

D. — PROCÉDÉS EXTRA-PÉRITONÉAUX.

Tous les procédés que nous avons décrits au chapitre précédent sont des procédés intrapéritonéaux. On peut aussi

se proposer de fixer l'utérus à la paroi abdominale sans ouvrir le péritoine et les procédés mis en usage sont alors extra-péritonéaux.

Il en existe un assez grand nombre que nous grouperons sous trois chefs. Notre intention n'est pas de les étudier en détail, ils n'en valent pas la peine. Tout au plus ont-ils une valeur historique, en permettant de voir quels sont les différents stades parcourus par la gynécologie moderne.

1° *Procédé de Sims-Kelly ou suture directe de l'utérus à travers la paroi abdominale intacte.* — D'après Marcel Baudouin (1), Marion Sims aurait fait construire une aiguille spéciale pour pratiquer cette opération, en 1859, mais sa tentative serait restée infructueuse ; il n'aurait pas terminé son opération.

Cette idée, logique à son époque, n'avait jamais été remise en pratique, lorsque Kelly la reprit et pratiqua trois opérations, voici de qu'elle manière :

L'utérus est amené en antéflexion au moyen de deux doigts introduits dans le vagin. Quand il est bien en contact avec la paroi abdominale on passe une forte aiguille courbe à travers toute la paroi dans le muscle interne et on la fait ressortir à quelques centimètres plus loin. On peut placer ainsi deux ou trois fils qu'il suffit de lier ensuite sur une petite plaquette d'argent ou d'ivoire.

2° *Procédé de Caneva* (2). — Il diffère du précédent en ce que l'opérateur pratique une incision à la paroi abdominale comme s'il allait pratiquer l'ouverture du ventre mais il s'arrête à la graisse propéritonéale. A ce moment il décolle le feuillet pariétal de la paroi, fait refouler l'utérus vers le point où il a créé ce voile transparent à travers lequel il opère la fixation de l'organe soit par des sutures transversales soit par des sutures longitudinales. Il suffit alors de suturer la plaie faite à la paroi.

(1) *Loc. cit.*, p. 95.

(2) Voir Thèse DUMORET. Paris, 1889, p. 21. *Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin.*

M. Assaky, pour éviter plus sûrement de blesser les intestins, propose de surélever le bassin au moyen du plan incliné employé par plusieurs chirurgiens allemands. Enfin M. Vaton (1) conseille de décoller le péritoine de la face postérieure de la vessie et même de continuer le décollement sur la paroi antérieure de l'utérus jusqu'à son fond !!

3° *Procédé de Candela ou hystéropexie vagino-pubienne* (2). — Une canule aiguille est nécessaire. On introduit cette canule dans la cavité utérine et on soulève l'utérus jusqu'au contact avec la paroi abdominale. On pousse alors au niveau d'un des angles de l'utérus l'aiguille qui traverse d'abord le muscle utérin puis la paroi abdominale. Avec cette aiguille, on passe un premier fil qu'on fait ressortir par le vagin. Un deuxième fil est passé de la même façon au niveau de l'autre angle utérin. Les deux chefs vaginaux sont noués ensemble, on tire sur un des chefs abdominaux pour faire passer le nœud par le trou de la paroi, de façon à n'avoir plus qu'un fil qu'il suffit alors de nouer sur une plaque quelconque.

Tous ces procédés n'ont plus aucune valeur actuelle. Assurément, ainsi que l'a fait remarquer M. Terrier, l'hystéropexie extra-péritonéale était une idée bonne, défendable autrefois, mais elle doit disparaître aujourd'hui puisqu'elle est basée uniquement sur la peur de la laparotomie. Ce n'est pas là le seul reproche à lui adresser. Le chirurgien qui y aura recours agira forcément à l'aveugle. Qu'il s'agisse de prolapsus, de rétrodéviation on peut se trouver en présence d'adhérences de l'utérus avec les organes voisins, d'affections des annexes avec leurs conséquences. Quels dangers ne fera-t-on pas courir alors à la malade en l'exposant à des blessures de l'intestin, à l'ouverture dans la cavité péritonéale de foyers purulents, etc., etc. Que l'on compare ces dangers avec ceux d'une laparotomie aseptique et la conviction sera facile à établir.

(1) VATON. *Étude comparative des différents traitements du prolapsus utérin*. Th. Bordeaux, 1890.

(2) Voir Th. BAUDOUIN, p. 109.

D'ailleurs, si on veut bien y réfléchir, on court plus de risque d'infecter le péritoine par un de ces procédés que par les procédés intra-péritonéaux. Sait-on, en effet, à quelle profondeur on pénètre dans le muscle utérin? Qui peut garantir que l'aiguille n'atteindra pas la cavité utérine, sans compter que dans ce procédé de Candela le fil est, de parti pris, placé dans cette cavité!

VIII. — Résultats

Nous connaissons maintenant le manuel opératoire de l'hystéropexie et, à priori, nous pouvons considérer cette opération comme une des plus simples et par suite une des plus bénignes de celles qui se pratiquent après la laparotomie. En effet, dans cette opération, pas de choc considérable, et surtout pas de cause d'infection consécutive dans les lésions observées. D'ailleurs les statistiques des cas publiés confirment cette manière de voir ainsi qu'on va pouvoir s'en rendre compte.

Bien entendu nous ne nous occuperons pas des hystéropexies complémentaires, aussi bien dans les cas de prolapsus que dans ceux de rétrodéviations. En effet l'opération primitive pour laquelle la laparotomie a été pratiquée, complique et agrave toujours, dans une certaine mesure, le pronostic de l'hystéropexie. Malgré cela, sur 14 hystéropexies complémentaires pour prolapsus. Dumoret signale 14 succès et Baudouin, sur 157 cas pour rétrodéviations, ne constate qu'une mort, soit seulement une mort sur 171 cas, ce qui ferait une mortalité de 0,58 pour cent.

L'hystéropexie de propos délibéré, en ne prenant que les cas relevés par Dumoret et Baudouin, a été faite 11 fois pour prolapsus et 78 fois pour rétrodéviations soit un total de 89 cas. Sur ces 89 hystéropexies une seule mort est notée pour un cas de prolapsus, par péritonite septique, c'est-à-dire, par une cause que l'on sait de mieux en mieux écarter, maintenant que la méthode antiseptique est mieux connue,

mieux comprise et que les laparotomistes y joignent comme complément indispensable les règles de l'asepsie.

D'après ce qui précède, la mortalité dans l'hystéropexie de propos délibéré serait de 1,12 pour cent : chiffre insignifiant et auquel on ne doit attacher aucune importance, puisque le cas de mort dont il s'agit est *imputable à un accident.*

Les résultats thérapeutiques sont-ils aussi satisfaisants? Actuellement, on ne saurait donner une réponse définitive, la plupart des cas étant beaucoup trop récents pour que l'on puisse se faire une opinion arrêtée.

Sur les 11 cas d'hystéropexie pour prolapsus, Dumoret signale deux récidives, et précisément chez les opérées les plus anciennes, ce qui porterait à près de 20 0/0 les cas d'insuccès. Ce sont ces raisons et aussi les résultats que j'ai pu contrôler chez les dernières opérées de mes maîtres MM. Terrier et Quénu qui m'ont amené à conclure à la *nécessité absolue*, sous peine d'échec, de pratiquer, avant l'hystéropexie pour prolapsus, une autoplastie vagino-périnéale.

Dans les cas de rétrodéviations les résultats thérapeutiques paraissent devoir être beaucoup plus stables. Cependant, sur 78 cas, 8 insuccès sont signalés, ce qui porterait le nombre des insuccès à plus de 10 0/0.

Hâtons-nous cependant de dire que la plupart des insuccès sont dus à la façon défectueuse dont l'opération à été faite (3 cas de Klotz; 1 cas de Lee et 1 cas de Strong), à des accidents septiques tels qu'abcès, suppurations pelviennes (1 cas de Strong) ce qui réduirait à 2 le nombre des insuccès véritables; or, ces 2 cas appartiennent à Gusserow et nous n'avons pas de détails sur la façon dont la ventro-fixation a été faite.

Ainsi qu'on le voit, ce chiffre énorme d'insuccès 10 0/0 n'a aucune signification et, comme tous les chiffres statistiques, ne servirait qu'à fausser le jugement du lecteur. L'hystéropexie paraît être, au contraire, l'opération de l'avenir pour remédier à la plupart des cas de rétrodéviations.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES CALCULS VÉSICAUX CHEZ LA FEMME ET EN PARTICULIER DE LA DILATATION DU COL DE LA VESSIE CHEZ LA FEMME (*Suite et fin*) (1).

Par **G. Phocas**, professeur agrégé à la Faculté de Lille.

III. — De la dilatation de l'urèthre chez la femme,

Les procédés opératoires de la dilatation de l'urèthre de la femme ont beaucoup varié. Nous n'avons pas l'intention de les décrire tous ; nous nous contenterons de signaler quelques-uns d'entre eux. La dilatation lente, faite à l'aide de l'éponge préparée ou des tiges de laminaire est universellement rejetée. Elle est longue, douloureuse et dangeureuse. Le procédé de choix est la dilatation rapide.

Une première question qui se pose est celle de la chloroformisation. Faut-il toujours administrer le chloroforme ou peut-on s'en passer? Depuis que l'on connaît les propriétés de la cocaïne, certains auteurs ont pensé les mettre à contribution pour faire cette petite opération. M. Pozzi n'hésite pas à déclarer que la chloroformisation n'est pas indispensable. Koppe, en Allemagne, cité par Hartmann, conseille de recourir à la cocaïne. Nous n'avons pas trouvé d'opérations faites à l'aide de la cocaïne et la grande majorité des auteurs conseillent la chloroformisation,non seulement pour éviter à la femme la douleur, mais surtout, pour relâcher les fibres musculaires et pour ne pas produire des déchirures musculaires dans le sphincter vésical. Il faut songer que la dilatation est souvent pratiquée dans un but d'exploration de la vessie et que l'on ne sait au juste ce que l'on rencontrera dans la vessie.

Cette considération me paraît suffisante pour préconiser la chloroformisation qui permet de passer à d'autres actes opératoires dont la dilatation n'a été souvent que le prélude.

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, novembre 1890.

Après avoir antiseptisé le champ opératoire, lavé la vulve, et injecté dans la vessie une petite quantité de solution boriquée tiède, le chirurgien fait la dilatation s'inspirant des deux principes suivants : 1° aller doucement et lentement et obtenir le maximum de dilatation en quelques minutes sans provoquer des déchirures ou des ruptures. Le temps qu'on mettra pour achever la dilatation ne peut être déterminé pour tous les cas. Il a fallu souvent dix minutes. Mais ce temps est variable selon le plus ou moins de résistance que l'urèthre opposera à la dilatation ; 2° un second principe de la dilatation bien faite est de ne pas dépasser certaines limites aujourd'hui bien connues. En général, le but de la dilatation est de permettre la facile introduction de l'indicateur dans la vessie. Cependant, ce n'est pas le maximum de dilatation permise qui est obtenu ainsi. Jusque dans ces derniers temps on croyait que 2 cent. 1/2 à 3 cent. étaient les limites permises dans la dilatation du col vésical (Hybord, Heydenreich). Cependant, dans une observation déjà ancienne (Reliquet), le calcul éxtrait mesurait 34 millim. et son extraction n'a pas été suivie d'incontinence. Les observations de Cauchois et de Pozzi démontrent d'autre part que la dilatation immédiate progressive de l'urèthre peut être poussée assez loin pour permettre sans danger d'incontinence d'urine l'extraction des calculs de 4 cent. de diamètre ». (Pozzi *loc. cit.*). Il nous semble encore une fois que les limites précises de la dilatation permise ne peuvent être les mêmes dans tous les cas. Il est certain par exemple qu'on se comportera différemment en présence de l'urèthre d'une femme adulte et de celui d'une fillette. Le volume du doigt indicateur lui-même n'est pas suffisant pour marquer la limite de la dilatation, ce doigt pouvant être très variable selon les individus. C'est donc entre 2 et 4 cent. que le chirurgien doit dilater le canal quitte à donner le minimum ou le maximum de la dilatation selon les circonstances cliniques particulières, relatives à l'âge, à l'état actuel, à la nature de l'opération dont la dilatation est le préliminaire.

On conformera donc sa manière de faire à ces deux prin-

cipes à savoir : 1° dilatation méthodique et graduée ; 2° dilatation limitée à un minimum de 2 cent. et à un maximum de 4 cent. dans le sens transversal. Pourvu qu'on observe ces deux préceptes, peu importe le procédé suivi pour les réaliser. Simonin s'est servi de spéculums gradués, qu'il introduit successivement dans l'urèthre. Simon a fait construire dans ce but 7 spéculums spéciaux dont le diamètre maximum est de 2 cent. Après l'introduction du n° 7 il a fait pénétrer l'index dans la vessie. D'autres se sont servi du dilatateur de Weiss. Richet a fait l'opération à l'aide du dilatateur préputial. Tillaux a inventé un dilatateur spécial dont les branches ne dépassent pas 2 cent. dans le sens transversal. Il l'abandonne ensuite et paraît se contenter d'une pince hémostatique ordinaire dont il limite l'écartement des branches à 2 cent. à l'aide d'une forte ficelle passée aux anneaux. Duplay s'est servi d'un dilatateur à mandrin. Beaucoup préfèrent le dilatateur de Dolbeau, et Hartmann paraît donner la préférence au dilatateur gouttière de Tripier, instrument qu'il décrit et figure dans sa thèse. Pozzi fait la dilatation à l'aide des bougies d'Hegar. Cauchois s'est servi de 6 bougies en caoutchouc dures (canules rectales), mais il donne la préférence aux bougies coniques. Heath fait pénétrer une sonde, puis le petit doigt. Terrillon pénètre aussi avec les doigts. Les instruments ont en somme une valeur relative, et il faut savoir qu'on peut facilement s'en passer. Dans les deux observations qui font la base de ce petit travail la dilatation fut obtenue de la manière suivante : une pince hémostatique ordinaire limitée à 2 cent. d'écartement à l'aide d'un fil passé préalablement par les anneaux, fut introduite fermée dans la vessie ; elle en est ressortie ouverte.

Le petit doigt a remplacé la pince ; son introduction fut lente et graduelle mais assez facile ; puis l'indicateur a été introduit avec les mêmes précautions de prudence et de lenteur. Dans tous les cas une bonne précaution à prendre est d'inciser sur un ou deux points le méat urinaire ; on évite ainsi les déchirures possibles de cette partie inextensible de l'urèthre.

La dilatation faite il faut de nouveau injecter une petite quantité de liquide antiseptique dans la vessie.

La dilatation a été faite : 1) dans un but d'exploration de la vessie, quand le diagnostic est incertain ou quand on veut s'assurer de la présence et des rapports d'une tumeur vésicale ou d'un calcul ; 2) pour extraire un calcul vésical ; 3) pour enlever ou pour détruire par le grattage une tumeur de la vessie ; 4) pour calmer les douleurs des cystites névralgiques ; 5) pour extraire un corps étranger.

Elle constitue l'opération tout entière quand il s'agit de dilater le col pour une cystite douloureuse. Dans tous les autres cas, la dilatation n'est qu'une opération préliminaire qui permet l'introduction du doigt ou des instruments dans la vessie. L'extraction d'un calcul, la destruction d'une tumeur, etc., constituent alors de nouvelles opérations qui ont des procédés opératoires spéciaux.

Dans la plupart de ces cas c'est le toucher qui guide l'opérateur. Le doigt introduit dans la vessie doit donc conduire les instruments destinés à saisir un calcul ou à détruire une tumeur. Le doigt doit rester en place pour engager le corps étranger dans les mors de la pince, etc. Quand il s'agit d'une tumeur, une excellente manière de faire est d'introduire le médius dans le vagin pendant que l'index et l'instrument (curette, etc.) sont dans la vessie. On fixe ainsi la vessie et on opère sur un plan résistant.

Il est possible et facile de faire pénétrer en même temps le doigt et les instruments dans la vessie. Il suffit pour cela, si l'instrument est gros, de l'engager d'abord à travers le col vésical et de faire pénétrer ensuite le doigt. A ce moment le col vésical donne passage au doigt et à la partie la plus mince de l'instrument (pince, curette).

La valeur de la dilatation dans le traitement des néoplasmes de la vessie chez la femme a été étudiée récemment par Pousson dans sa thèse. Sur 37 opérations de tumeurs de la vessie pratiquées chez la femme, 33 fois on a fait l'extirpation par les voies naturelles. La mortalité approximative

est de 10 0/0, tandis que la mortalité à la suite des autres opérations serait de 50 0/0. Pour montrer l'innocuité de ces opérations chez la femme et le degré qu'on peut atteindre dans la dilatation de la vessie, sans provoquer l'incontinence d'urine nous croyons intéressant de citer l'observation suivante que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Tolet, de Lille, que nous avons eu l'honneur d'assister pendant cette opération.

Obs. I. — *Tumeur de la vessie. — Hématuries. — État général grave. — Dilatation extemporanée de l'urèthre sous le chloroforme. — Curettage de la cavité vésicale. — Pas d'incontinence. — Amélioration manifeste.* (Recueillie par M. Vauvers externe du service.)

Cl..., Pauline, 52 ans. La malade a eu 11 enfants (le dernier il y a 11 ans). Elle a toujours joui d'une bonne santé, sauf il y a 3 ans, où elle a eu de l'œdème pendant quelque temps. Depuis lors elle a été régulièrement réglée.

Depuis longtemps elle souffre de douleurs dans le bas-ventre (elle ne sait pas au juste l'époque du début). Elle est aveugle. Depuis le mois d'avril dernier elle perd du sang en urinant.

Au toucher vaginal on sent, pas très nettement, une tumeur molle, dépressible dans le cul-de-sac antérieur. Une sonde métallique introduite dans la vessie ne permet pas de reconnaître la présence d'une pierre. Les jours suivants la malade perd beaucoup de sang et s'affaiblit notablement. Les urines renferment une grande quantité de sang et un peu de pus. Des injections au ratanhia faites 2 fois par jour pendant 3 jours arrêtent presque complètement les hémorrhagies.

30 juin. La malade étant chloroformée, M. Folet introduit le petit doigt dans la vessie. Il pratique ensuite 2 petites incisions au niveau du méat et remplace le petit doigt par l'index. Il reconnaît alors l'existence d'une tumeur fongueuse, molle, insérée au niveau de la face gauche et du fond de la vessie. M. Phocas qui assistait à l'opération a pu sentir la même tumeur. Le long du doigt introduit dans la vessie on introduit une curette tranchante qui peut manœuvrer le long du doigt et être guidée sur sa pulpe. Avec cette curette on arrive à détacher la tumeur en grande partie. Il reste

encore la base du néoplasme infiltrée le long de la face gauche de la vessie ; avec le doigt chirurgical d'Amussat, on essaie de détacher le reste de la tumeur. En touchant la vessie à la suite de cette opération, on trouve un papillome situé à droite et en haut, mais comme l'opération a déjà duré assez longtemps on se contente de faire un lavage et de remettre le grattage à une nouvelle séance. La dilatation du col a dû être portée à plus de 3 centim. puisqu'on a introduit le doigt indicateur en même temps que des curettes assez larges.

Soir 39°. La malade perd peu de sang. La sonde qu'on a placée à demeure tombe bientôt. La malade d'ailleurs urinait à côté. Elle éprouve de fortes douleurs en urinant.

1er juillet. M. 38°. Il n'y a pas d'incontinence. La malade retient ses urines, malgré la forte dilatation qu'on a fait subir à l'urèthre.

Le 20. La malade va de mieux en mieux. Elle a repris de l'appétit, elle n'urine plus de sang, elle retient du reste ses urines. Elle est devenue absolument méconnaissable. On songe à lui faire subir une nouvelle opération pour la débarrasser complètement de sa tumeur vésicale.

La mortalité qu'on observe à la suite des dilatations pour tumeurs rénales, n'est pas imputable à la dilatation elle-même. Du reste cette mortalité est minime.

Dans les cystites douloureuses, la dilatation du col de la vessie fut souvent employée. M. Hartmann a rassemblé 46 cas de dilatation. Il arrive à cette conclusion que dans presque tous les cas de cystite douloureuse la dilatation n'a donné aucun résultat au point de vue de la cessation des douleurs. Avec M. Terrillon, qui a essayé de la même opération dans un cas analogue, on ne peut s'expliquer l'insuccès de l'opération que par la rareté de l'incontinence de l'urine à la suite de la dilatation.

La dilatation est donc un procédé infidèle dans les cystites douloureuses. Mais, la statistique démontre que l'incontinence d'urine est très rare. Nouvelle preuve de l'innocuité de la dilatation faite dans un autre but.

La dilatation du col vésical faite pour extraire des calculs ou des corps étrangers de la vessie de la femme a été

souvent mise en pratique. Nous avons pu rassembler 70 observations, en ajoutant aux faits d'Etienne et d'Estrebeau quelques faits nouveaux. Nous ne comptons pas les cas où la dilatation a été pratiquée par le procédé lent. Nous avons dressé le tableau de ces observations et voici les enseignements que nous avons pu tirer.

La femme la plus âgée est celle qui fut opérée par Reliquet; elle avait 80 ans; elle a guéri sans incontinence (1). La fille la plus jeune qui a subi l'opération avait 4 ans (Th. de Flottard); elle avait de l'incontinence antérieure de l'urine, incontinence qui fut guérie à la suite de l'extraction du calcul. Cependant Vincuel se déclare partisan de la dilatation progressive chez les petites filles. Sur 7 cas de dilatation rapide pratiquée avec succès chez des enfants par Curling, Heath, Hiltmann, Gwinne, Devey, Lolly et Wacklen, il y eut deux fois de l'incontinence. Par contre, la dilatation progressive dans la statistique de cet auteur n'a donné qu'un seul cas d'insuccès sur 15 cas. L'enfant mourut d'une maladie des reins. Les autres guérirent sans incontinence. Dans notre statistique nous trouvons 11 enfants dont le plus âgé avait 15 ans et le plus jeune 3 ans. On note chez l'enfant de 15 ans la déchirure de l'urèthre avec incontinence et hémorrhagie (obs. Jeweth. *B. méd. J.*, 1870). Chez un enfant de 6 ans opéré pour un calcul par Harrison, 9 mois d'incontinence et chez un autre de 14 ans une incontinence insignifiante. Il y a eu donc incontinence dans le 1/3 des cas environ. Mais une seule fois elle fut grave réellement et fut accompagnée d'hémorrhagie. Par contre, on note dans 4 observations (3 obs. de Parker et une de Flottard), la guérison d'une incontinence antérieure à l'opération. Cette question n'est donc nullement jugée et appelle de nouvelles recherches. Parmi les plus gros calculs extraits par les voies naturelles sans morcellement nous noterons les calculs enlevés par Pozzi et Cauchois. Ces calculs mesuraient 38 mill. de largeur. En ajou-

(1) *Union médicale*, 1876.

tant à ces diamètres la largeur des tenettes on arrive à une dilatation de 4 centim. Dans les deux observations précitées il n'y eut pas d'incontinence. En général, les calculs enlevés n'avaient pas plus de 2 à 2 centim. et 1/2 de diamètre transversal.

Sur 70 observations nous trouvons 3 cas de mort. Ce sont les deux observations de M. Labbé et une observation de Dubreuil. Dans les deux cas de Labbé il existait des lésions rénales graves, sûrement préexistantes à la dilatation. Dans les cas de Dubreuil la mort ne doit pas être attribuée selon l'auteur aux désordres produits par la dilatation, mais à des accidents d'urémie survenus à la suite du mauvais état de la vessie ou à l'intoxication putride occasionnée par la malpropreté dans laquelle la malade est restée quelques jours. Dans le même cas la dilatation fut précédée de trois tentatives infructueuses de lithotritie chez une femme de 61 ans qui ne pouvait pas retenir ses matières et qui était constamment souillée.

Ces morts ne nous paraissent nullement imputables à l'opération et on aurait certainement tort d'après cela d'établir une statistique de 4 0/0 de mortalité à la suite de la dilatation pour extraire des calculs de la vessie. L'incontinence persistante fut notée 3 fois sur 70 cas.

Un cas concerne la petite fille dont nous avons parlé qui a eu une déchirure de l'urèthre et une incontinence grave. Un second cas (Teale) d'incontinence persistante fut observé encore chez une jeune femme de 28 ans. Le 3e cas est dû à Coulson. La pierre mesurait 8 centim. 2 avec les pinces. L'âge n'est pas noté.

L'incontinence incomplète et passagère fut notée 8 fois. Nous avons lieu de croire qu'elle est plus fréquente. Cette incontinence a duré pendant quelques mois (Hussen), 9 mois (Harrisson), une semaine (Johnson), 15 jours (Reliquet), etc.

La grosseur de la pierre, le jeune âge ou l'âge avancé des opérées paraissent avoir été les facteurs de la plus longue persistance de l'incontinence dans ces cas.

L'incontinence ne suit pas nécessairement les dilatations multiples chez la même malade. Chez une femme de 34 ans, Nicaise fit 2 fois la dilatation pour extraire des calculs. Desprès quelque temps après, chez la même malade, entreprit une dilatation lente avec l'éponge préparée et ce chirurgien qui ne se vante pas d'être antiseptique, introduisit 5 fois au moins son doigt dans la vessie dans l'espace de quelques jours. La malade guérit. Elle n'eut pas d'incontinence.

Nous croyons donc pouvoir conclure :

1) La dilatation du col de la vessie de la femme est très souvent suffisante pour extraire des calculs de 2 à 3 centim. de largeur.

2) La même opération est souvent applicable aux calculs qui dépassent ce diamètre, car on peut faire la lithotritie.

3) Il faut donc toujours commencer le traitement des calculs vésicaux chez la femme par la dilatation, d'autant plus que cette opération est capable à elle seule de faciliter l'expulsion spontanée de la pierre ainsi qu'il résulte de notre observation.

4) Cette conduite est d'autant plus rationnelle que la dilatation est inoffensive. La mortalité est nulle à une condition : l'intégrité parfaite des organes urinaires et des reins.

5) Les accidents qu'elle détermine ne sont pas trop à craindre. L'incontinence est le plus fréquent de tous ces accidents et elle ne s'observe qu'exceptionnellement (3 0/0 environ). L'incontinence incomplète n'est presque pas un accident, mais un fait qui est normal à la suite de la dilatation. Elle cesse en général rapidement.

6) A tous les âges, la dilatation est indiquée, quand il s'agit d'extraire un calcul ou un corps étranger de la vessie. Mais, il n'est pas démontré que la dilatation rapide soit meilleure que la dilatation lente chez les jeunes filles au-dessous de 14 ans.

7) En tous cas, aux deux extrêmes de la vie, il faut craindre l'incontinence et prendre des précautions particulières, fragmenter, par exemple, les calculs de 2 centim.

8) Dans certains cas particuliers, on pourrait peut-être confier à la nature l'expulsion du calcul après avoir dilaté le col de la vessie, l'observation suivante où ce fait s'est produit, nous dicterait cette conduite dans certains cas déterminés s'il s'agissait par exemple d'un calcul de 3 centim. chez une petite fille ou une vieille femme.

OBS. II (PERSONNELLE). — *Calcul de la vessie chez une femme de 49 ans. Dilatation de l'urèthre. — Sortie spontanée du calcul au bout de quelques heures.*

La nommée X..., âgée de 49 ans, demeuraut à Lille, est une femme vigoureuse, un peu obèse, qui mène une vie sédentaire depuis 16 ans.

Elle eut 5 enfants et les accouchements ont été toujours faciles. Un seul enfant est mort athrepsique.

Depuis 10 ans environ cette dame éprouve des troubles de la miction caractérisés par des envies fréquentes d'uriner, alternant avec l'impossibilité de le faire. Ces troubles survenaient toujours à l'occasion de fatigues excessives et au moment des règles.

Depuis 3 ans, outre les troubles de la miction, elle a présenté des douleurs qualifiées par le médecin traitant et par elle-même de crampes d'estomac qu'on a soignées par le régime lacté. Ces douleurs n'ont jamais été suivies de jaunisse (coliques néphrétiques ?).

Depuis le mois d'octobre dernier les douleurs ont beaucoup augmenté. Les troubles urinaires sont devenus presque continuels. La course en voiture est devenue insupportable; le chemin de fer et la fatigue de la maison sont mieux supportés.

15 mai. M. le Dr Surmont, auquel je dois ces notes, est appelé auprès de la malade pour une crise douloureuse. 8 jours après la malade se trouvait dans l'impossibilité d'uriner. M. Surmont pratique souvent le cathétérisme. Il est forcé de revenir souvent, même la nuit, pour vider la vessie et calmer les douleurs. En pratiquant ces cathétérismes, ce confrère ne trouve jamais une sensation dure et ne rencontre pas de calcul. Les urines sont examinées vers la même époque par M. Surmont qui les trouve ammoniacales, sans pus. L'examen microscopique démontre une grande quantité de cristaux.

Enfin, M. Surmont m'appelle en consultation le 27 juin 1890. Nous

examinons ensemble la malade et après avoir constaté l'intégrité des autres fonctions nous constatons l'existence d'une légère cystocèle. Le méat n'est pas rouge ni enflammé. L'utérus est en antéflexion, il est normal. Nous pratiquons le cathétérisme avec une sonde en argent, qui passe très facilement sans provoquer de douleur au niveau du canal. Nous explorons attentivement la vessie. Nulle part nous ne sentons de bruit caractéristique de calcul. Sur le bas-fond, la vessie paraît plus douloureuse. Avec le toucher vaginal nous ne sentons pas d'avantage de calcul. Nous poussons une injection d'eau boriquée dans la vessie, qui paraît très spacieuse. L'injection n'est presque pas douloureuse.

Le diagnostic était assez délicat. Nous hésitons entre les trois affections suivantes : une tumeur de la vessie, un calcul, ou une cystite du col.

Toutes les probabilités étaient plutôt pour la cystite du col, à cause de l'absence des signes physiques du calcul et du peu d'importance des hématuries. Cette dame n'avait pissé qu'une seule fois du sang et encore en très petite quantité, comme dans la cystite. Nous nous décidons cependant à pratiquer une exploration digitale de la vessie et à conformer notre conduite avec les résultats de cette exploration.

Nous proposons d'autant plus volontiers la dilatation de l'urèthre que nous penchons vers le diagnostic cystite du col, et nous espérons par ce moyen enrayer du même coup les accidents.

L'opération est pratiquée le 29 juin. La malade est chloroformée facilement. A l'aide d'une pince hémostatique, dont nous avons limité l'écartement des branches à 2 centim. environ, nous pénétrons dans la vessie et nous la ressortons en ouvrant les mors. Il ne se produit qu'un très léger écoulement de sang, provenant d'une plaie de quelques millim., qui siège au niveau du méat. Nous pénétrons ensuite dans la vessie avec le petit doigt qui, arrivé au fond, ne peut rien sentir. Nous remplaçons ce doigt par l'indicateur qui pénètre lentement et doucement jusque dans la vessie. La vessie est lisse, veloutée et ne présente rien de particulier dans ses deux tiers supérieurs, mais voulant explorer le bas-fond, le doigt recourbé en crochet arrive à sentir derrière le pubis, dans une sorte de diverticulum formé par la vessie prolabée, un corps dur, qui ne peut être qu'un calcul. Le doigt peut soulever le calcul et juger de sa forme et de son volume. Sa forme paraît celle d'une amande

très forte. Il est allongé et presque cylindrique. Sa largeur nous paraît à peu près égale à celle du doigt indicateur. Son petit diamètre ne dépasse pas 2 centim.

Renseigné sur la forme et la situation du calcul nous faisons quelques tentatives d'extraction avec les pinces que nous avons à notre disposition, mais ce fut en vain. Il faut noter que l'urèthre est long et le calcul très profondément placé dans une sorte de bas-fond de la vessie en légère cystocèle. Ces circonstances expliquent l'insuccès du cathétérisme explorateur. Même avec le doigt M. Surmont qui a le doigt plus petit que moi ne parvient pas à sentir le calcul.

Ne voulant pas irriter la vessie davantage, nous n'insistons pas et remettons pour le lendemain l'extraction de la pierre, nous promettant de revenir munis de tenettes et de longues pinces. Nous poussons une injection boriquée dans la vessie qui malgré ces manœuvres peut retenir assez bien le liquide. La nuit du même jour, vers minuit la femme est prise d'envie d'uriner ; elle fait quelques efforts et tout d'un coup, sans grande douleur, elle entend le bruit sec d'une pierre tombant dans le fond du vase. La pierre fut expulsée spontanément.

Cette pierre mesure 4 centim. de long sur 2 de large, elle est ovoïde et présente une petite et une grosse extrémité. Sa conformation permet de comprendre comment elle a pu s'engager dans l'urèthre dilaté et sortir au dehors.

Le 4e jour la femme vaquait à ses occupations. Pas d'incontinence.

PETIT KYSTE DE L'OVAIRE ENCLAVÉ DANS LE CUL-DE-SAC DE DOUGLAS ET DÉTERMINANT DEPUIS DIX-HUIT ANS DES DOULEURS EXCESSIVES. — OPÉRATION, GUÉRISON

Par le Dr **Rendu** (de Lyon), chirurgien de l'infirmerie St-Jean, ancien chef de clinique obstétricale de la faculté.

Le numéro des *Annales de gynécologie* du mois de juin dernier renferme une Note du Dr Schwartz sur « un cas d'ovariotomie pour un petit kyste de l'ovaire *enclavé* dans le cul-de-sac de Douglas ».

Cette observation m'a remis en mémoire, un fait absolumen semblable que j'ai observé les premiers jours d'avril 1888. Dans mon cas, il y avait, en outre, un kyste de l'autre ovaire, que j'ai enlevé par la même occasion. Je ne puis mieux faire que de transcrire ici le compte rendu de la séance du 11 avril de la Société des sciences médicales de Lyon (*Lyon Médical*, n° 22, 1888), séance dans laquelle je fis une communication à ce sujet.

M. RENDU présente des pièces provenant d'une ovariotomie double et donne les renseignements suivants :

Personne âgée de 38 ans, malade depuis dix-huit ans. Elle présentait une constipation opiniâtre et, 15 à 20 jours par mois, des douleurs excessives dans le bassin, qui lui faisaient chercher un peu de soulagement dans des positions diverses ; ce n'est qu'en se mettant à genou sur le parquet et en s'appuyant sur les coudes que ces souffrances étaient atténuées. Cette malade, qui a suivi de nombreux traitements, tous sans le moindre résultat, se présente à M. Rendu avec le diagnostic *tumeur fibreuse bosselée enclavée sous le sacrum*, avec un dessin à l'appui.

M. Rendu diagnostique un petit kyste de l'ovaire gauche fixé en arrière de l'utérus, un fibrome utérin, puisque l'hystéromètre donne 8 centimètres de profondeur chez une femme vierge, et un kyste de l'ovaire droit. Ce diagnostic a été complètement vérifié à l'opération, et M. Rendu a pu, par la laparotomie, enlever ces deux petits kystes ovariques, tous deux à contenu hématique. Le gauche, ou plutôt celui qui était fixé tout à fait en arrière de l'utérus, cause de la plupart des symptômes douloureux, était du volume d'un gros marron, et *littéralement emprisonné* dans le cul-de-sac de Douglas par les ligaments utéro-sacrés ; c'est là ce qui explique sa fixité et ce qui avait fait croire à plusieurs médecins qu'il ne faisait qu'un avec l'utérus hypertrophié. Le droit avait le volume d'une petite orange. M. Rendu ajoute, en présentant les pièces à la Société, que la malade est en voie de guérison.

Je m'étais promis de publier cette observation avec quelques développements, mais j'avais négligé de le faire. La « Note » de M. Schwartz m'en fournit l'occasion.

J'y reviens donc et d'autant plus volontiers que le fait en lui-même, en dehors de sa rareté, est instructif par les considérations cliniques et anatomo-pathologiques auxquelles il a donné lieu.

Mlle X... s'était présentée à mon cabinet le 5 avril 1888 et m'avait raconté l'état de souffrances continuelles et parfois excessives dans lequel elle était depuis 18 ans. Elle avait même pris la précaution d'ajouter que si elle venait chez moi, c'était par pure condescendance pour sa famille, mais non dans l'espoir d'une guérison, qu'elle avait vainement cherchée jusqu'alors en frappant un peu à toutes les portes. L'année précédente un de nos maîtres l'avait soignée pendant un mois, dans une maison de santé de Lyon, et, comme toujours, sans le moindre résultat.

Je l'examinai néanmoins et relevai l'état local suivant :

Rien au vagin. Col utérin sain, médian, un peu porté en avant, ne se déplaçant pas ou presque pas, lorsqu'on lui imprime avec les doigts des mouvements soit de latéralité, soit d'avant en arrière. On reconnait bien vite, en effet, par l'exploration du cul-de-sac antérieur et par le palper hypogastrique combiné, que le corps utérin est hypertrophié et dépasse manifestement de quelques travers de doigt le plan du détroit supérieur. Le cul-de-sac postérieur est aussi rempli par une tumeur arrondie, du volume d'une mandarine, fixe, sensible à la pression, et qui semble absolument ne faire qu'un avec la masse utérine; mais, après une exploration minutieuse, le doigt reconnait qu'au lieu d'avoir la fermeté, la dureté du tissu utérin, cette tumeur est tendue, rénitente, et doit être à contenu liquide.

L'hystéromètre donne 8 centimètres de profondeur.

Par le palper hypogastrique on découvre à droite, au-dessus de l'aine, une autre tumeur du volume d'une petite orange, également rénitente et sensible, siège de fréquentes douleurs, et indépendante de la masse qui vient d'être signalée.

Je portai, nous verrons bientôt pourquoi, le diagnostic suivant : 1° petit kyste de l'ovaire gauche immobilisé, fixé en arrière de l'utérus par une cause qui échappait ; 2° fibro-myôme utérin ; 3° kyste de l'ovaire droit.

Ce diagnostic, pleinement confirmé quelques jours plus tard, fut immédiatement consigné sur le registre des observations, et la

malade entra le lendemain à l'infirmerie St-Jean, chambre particulière, n° 2.

Je l'opérai par la laparotomie le 7 avril, assisté de mon ami le Dr Piante et de mon aide ordinaire.

La seule particularité à noter fut la difficulté réelle que j'eus à extraire du cul-de-sac de Douglas, le kyste ovarique gauche, qui le remplissait et le distendait énormément, sans avoir pourtant contracté aucune adhérence avec lui. Les deux ligaments utéro-sacrés étaient étalés et tendus, comme le seraient les deux cordes vocales supérieures au-dessous desquelles une graine de raisin serait venue se loger.

J'eus un moment la pensée de vider le kyste avec un trocart (ce qui eût été préférable), mais tandis que je tentais un dernier effort avec l'extrémité des doigts, la paroi du kyste se rompit et le contenu, liquide hématique fluide, semblable à du café à l'eau, s'épancha dans l'abdomen. J'en fus quitte pour une toilette plus minutieuse du péritoine.

Le kyste droit enlevé, je refermai le ventre sans me soucier du petit fibrome interstitiel utérin, qui, désormais, ne devrait plus gêner la malade.

La guérison fut rapide et complète.

Je revoyais dernièrement Mlle X... (juillet 1890), qui depuis son opération, c'est-à-dire depuis plus de 2 ans, n'a plus ressenti aucune douleur et a repris la vie de tout le monde. Ses règles ne sont pas revenues, et son petit fibrome utérin, dont elle ignore l'existence, a sensiblement diminué.

Au point de vue clinique, l'intérêt de cette observation réside, non dans l'opération elle-même, mais plutôt dans le diagnostic exact qui a été porté, et qui a conduit à l'intervention.

Pourquoi, en effet, en présence de cette masse de forme irrégulière, qui avait été considérée jusque là comme une tumeur fibreuse bosselée déterminant des douleurs par compression, ne me suis-je pas rangé à l'avis général?

C'est d'abord, parce que j'ai été assez heureux pour reconnaitre que le prétendu lobe qui remplissait le cul-de-sac de Douglas et dont la tension excessive donnait l'illusion de la

dureté, n'était pas solide, mais liquide, c'est-à-dire kystique.

Mais ce n'était pas tout; le point délicat le voici:

En face de ce fibrome, dont l'existence était évidente, et qui semblait ne faire avec le lobe postérieur qu'une masse unique, pourquoi n'ai-je pas admis l'idée d'une tumeur fibro-kystique de l'utérus, maladie dont le nom se voit dans les ouvrages classiques et qui est assez souvent prononcé au lit des malades? Avec ce diagnostic la présence de liquide dans le lobe postérieur était toute naturelle?

Eh bien, j'ai écarté ce diagnostic par cette raison que, jusqu'ici, je crois peu à cette entité anatomo-pathologique. Sans doute, on trouve parfois des vacuoles pleines de liquide en sectionnant par le milieu de gros fibromes utérins ; sans doute aussi on rencontre de loin en loin de petits kystes sessiles ou pédiculés, fixés à la paroi postérieure de l'utérus. Huguier les a décrits depuis longtemps; mais depuis 12 ans que mon attention est attirée de ce côté, je n'ai jamais vu, ni à l'amphithéâtre en recherchant des pièces anatomiques, ni dans les salles d'opération, d'utérus ayant subi la dégénérescence kystique au point d'en imposer CLINIQUEMENT pour un kyste de l'ovaire. Voilà pourquoi je ne voudrais pas que, cédant à une habitude regrettable, on fit si souvent intervenir dans le diagnostic différentiel des kystes ovariques, la tumeur fibro-kystique de l'utérus. Voilà aussi pourquoi, dans l'observation que je viens de relater, j'ai évité un diagnostic erroné et pu guérir ma malade.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. RICHELOT. **Traitement des myômes utérins par l'électricité.** — L'électricité est en grande faveur dans la thérapeutique des fibromes. Soutenue par des hommes sérieux, dénigrée par

d'autres, compromise par des partisans trop zélés, on peut lu prédire qu'elle restera dans la pratique, mais à condition qu'on lui cherche des indications précises, et je pense qu'en examinant avec soin les épaves du traitement nouveau, nous avons quelque chance de dégager la cause des insuccès, et par suite de formuler des indications.

Une première condition, pour avoir de bons résultats, paraît être l âge voisin de la ménopause. Chez la femme plus jeune, c'est une autre affaire : l'évolution du fibrome déjoue très ordinairement les efforts. Mais, comme il y a des opérations dangereuses, et des malades qui ne veulent pas être opérées, il faut reconnaître que l'électricité est le meilleur des palliatifs.

Je fais donc une part assez large à l'électrothérapie. Voici maintenant de fortes réserves basées sur le diagnostic et le siège des fibromes.

Il ne suffit pas qu'une malade, croyant avoir un fibrome, vienne présenter son ventre. Il y a beaucoup de chances pour qu'elle ait une variété quelconque de salpingo-ovarite. C'est une erreur de diagnostic courante. Or, voici à quoi s'exposent ceux qui ont l'électricité facile et le diagnostic peu sévère. Si la trompe et l'ovaire ne sont pas suppurés, il n'y a que demi-mal : une atténuation passagère des symptômes peut suivre l'application des courants. Mais si, par malheur, on se trouve en présence d'une suppuratien, les accidents peuvent être mortels.

D'autre part, combien de fois, dans la castration pour myôme, ne trouvons-nous pas les trompes ou les ovaires malades ! La castration n'agit-elle pas alors surtout par la suppression d'une lésion douloureuse et grave par elle-même ? Il faut donc, avant d'électriser, être bien sûr qu'il n'y a pas une lésion voisine en pleine évolution.

Si un essai d'électrisation échoue, on n'est pas en droit de persévérer, sans quoi on laisse aux lésions le temps de devenir irréparables. C'est ce qui est arrivé à une femme de 46 ans qui vint à l'hôpital anéantie et que j'opérai en décembre dernier. Outre ses fibromes, je lui trouvai une volumineuse pyosalpingite, qui creva dans le péritoine ; et les adhérences saignèrent en nappe à un degré tel que l'hémostase ne put être obtenue et que la malade mourut d'hémorrhagie. Cette hémorrhagie a d'ailleurs pour cause principale une dégénérescence athéromateuse géné-

ralisée. Si on eût moins attendu, la guérison eût sans doute été obtenue : j'ai enregistré un succès chez une femme où, outre un fibrome, l'opération m'a révélé une suppuration tubaire en imminence de rupture, et de plus adhérente au côlon descendant, qui se rompit pendant l'opération. Que serait devenue cette femme si, ne voyant que la tumeur, — qui seule était visible, — ignorant la suppuration des trompes et l'imminence de leur rupture, on lui eût fait subir en conscience les intensités hautes ou basses ?

Un second point dont il faut tenir compte, c'est le *siège de la tumeur*, ses rapports avec la paroi utérine. Si on pense que tout fibrome légitime l'électricité, on néglige une distinction à faire entre les fibromes interstitiels et ceux qui s'énucléent sous le péritoine. Les premiers, incorporés à la masse utérine, sont seuls hémorrhagiques. Tout ce qui modifie la nutrition de la paroi utérine agit en même temps sur eux. Ainsi font l'électricité, l'ablation des ovaires.

Mais que voulez-vous faire avec des courants sur ces corps fibreux énucléés et désintéressés des actes physiologiques de la paroi utérine ?

La première observation relatée plus haut nous montre un cas de ce genre : à part la pyosalpingite, il y avait deux fibromes pédiculés qui ne pouvaient être influencés par les courants. J'ai été consulté, en novembre 1889, par une dame qui venait de suivre le traitement électrique pendant deux mois. Elle en était fatiguée et ne trouvait aucun changement. En l'examinant, je n'en fus pas étonné, car la tumeur avait toute l'apparence d'une masse composée de plusieurs fibromes sous-péritonéaux. Je conseillai donc l'hystérectomie abdominale.

J'aurais bien voulu voir l'électricité aux prises avec une femme de 45 ans, à laquelle j'ai enlevé avec succès deux fibromes pédiculisés et un qui même était devenu complètement libre de l'utérus et ne vivait que par des adhérences intestino-épiploïques.

Je ne vous ai parlé, aujourd'hui, que du traitement des fibromes par l'électricité ; dans une autre séance, j'étudierai de même, au point de vue de leur valeur respective, la castration ovarienne et l'hystérectomie. Ma conclusion, en ce qui concerne le premier de ces trois points, est celle-ci : nous voyons aujourd'hui, depuis que l'électricité est en vogue, bon nombre de femmes chez qui elle n'a pas réussi ; nous voyons aussi des cas où l'intervention

chirurgicale démontre qu'elle n'aurait pu réussir. C'est une raison pour chercher, avec une précision à laquelle tous ne songent pas, dans quelles conditions déterminées, elle est un agent salutaire ou un traitement aveugle et nuisible.

M. BOUILLY. — Je suis fort heureux de la communication de M. Richelot, dont je partage à peu près toutes les opinions. Il y a malheureusement bien des cas où on applique l'électricité sans diagnostic exact des lésions de l'utérus et des annexes. Or, comme l'a dit M. Richelot, les lésions concomitantes sont ici fort importantes; j'y ai insisté dans notre discussion sur la castration. Je pense qu'elles existent surtout avec les myômes qui causent le plus de troubles fonctionnels, et dans ces cas j'ai trouvé en opérant des hémato, des pyosalpingites, des ovaires à petits kystes, gros même comme une orange. Dans ces cas, l'électricité est mauvaise; la laparotomie seule est bonne et en enlevant les annexes on a des succès. De même, la castration est excellente dans certains cas de gigantisme utérin, sans fibromes, où on peut trouver des pyo-salpingites. En somme, ces lésions des annexes ont un retentissement très important sur le tissu utérin; c'est à elles qu'il faut s'attaquer.

Dans les observations de M. Richelot, je relèverai deux points;

1° Après décortication des adhérences pelviennes, on vient presque toujours à bout par la compression ou par l'eau chaude de l'hémorrhagie en nappe qui se produit. J'admets donc avec M. Richelot que, dans ses observations, il faut faire intervenir les dégénérescences vasculaires.

2° Les adhérences intestinales heureusement sont rares, même dans les salpingites anciennes, et surtout rares pour l'intestin grêle. Je les ai surtout rencontrées à gauche avec l'S iliaque, à droite avec le cæcum et son appendice. Là, la libération est assez aisée et je n'ai pas eu de perforation intestinale à déplorer.

M. TERRIER. — M. Richelot a cent fois raison de déclarer que les 3/4 des diagnostics qu'on nous adresse sont incomplets, ce que la difficulté excuse. Pour ma part, pas plus tard que ce matin, j'ai trouvé un myôme que je croyais compliqué de pyo-salpingite, et j'ai trouvé un ovaire kystique. Récemment, j'ai enlevé un kyste ovarique bilatéral, végétant, avec végétations péritonéales, qui compliquait un fibrome. Il va sans dire que, vu cette diversité des lésions, les résultats de l'électricité seront bien variables. Si c'est

une panacée, elle rentrera dans l'ordre des panacées. Mais elle donnera sans doute des résultats si on l'applique scientifiquement. Je la crois surtout bonne dans les myômes hémorrhagiques, et là j'ai vu cesser les pertes dans un cas que j'ai fait traiter de la sorte. Il faudrait d'ailleurs demander à MM. les électriciens s'ils n'électrisent pas de parti pris les pyo-salpingites ; j'ai enlevé il y a quelques semaines une double pyo-salpingite à laquelle pendant des mois M. Apostoli a fait des séances, gratuites d'ailleurs. Le résultat, bien entendu, avait été nul. Or, les suppurations tubaires sont très fréquentes, et cela se comprend, au cours des myômes utérins. C'est quand survient cette infection ascendante que les accidents éclatent surtout et je pense qu'on en viendra de plus en plus à pratiquer la castration aussitôt qu'un fibrome cause des accidents.

M. Richelot. — Je crois que les princes de l'électricité pensent, scientifiquement, que les salpingites sont de leur ressort. Pour les salpingites simples, ils ont quelques améliorations. Pour les suppurées, cela devient un crime, si ce n'est pas une erreur. Je confirme l'opinion de M. Bouilly sur la rareté des hémorrhagies, des lésions intestinales dues aux adhérences.

M. Terrier. — Sur ce dernier point de détail, mon expérience est un peu moins favorable. J'ai souvent trouvé des adhérences à l'intestin, et à l'intestin grêle. Dans notre récente discussion sur les suppurations pelviennes, je vous ai cité des cas d'anus contre nature, de fistule pyo-stercorale. Plusieurs fois, j'ai dû feair des sutures intestinales.

M. Lucas-Championnière fait une longue communication pour montrer que, dans ses travaux antérieurs, il a précisément eu pour but d'établir que l'électrisation est une bonne méthode, à condition qu'on en pose bien les indications et qu'on ne lui attribue pas le pouvoir de supplanter définitivement le bistouri. M. Richelot n'a donc fait qu'insister sur cette doctrine. A ce propos, M. Championnère revient en détail sur sa communication de l'an dernier : sur l'innocuité de la méthode extra-utérine à basses intensités, sur les dangers de la méthode d'Apostoli. Il contredit à l'opinion de M. Richelot sur les myômes sous-péritonéaux énucléés : malgré tous les raisonnements théoriques, ils peuvent être justiciables de l'électrisation.

M. Quénu. — J'ai traité ou fait traiter par l'électricité une

vingtaine de myômes ; en général, je m'en tiens à 80, 100 milliampères, mais j'ai parfois été à 150. Mes résultats se décomposent en trois catégories :

La première est celle des succès, et j'en ai eu de très beaux, Trois de ces malades sont guéries depuis assez longtemps pour être convaincantes. Deux fois, il s'agissait d'hémorrhagies graves qui ont cessé, et il est à noter qu'une de ces malades avait subi auparavant la castration et n'en avait retiré qu'un bénéfice temporaire. Chez la troisième, les douleurs dominaient et elles ont été très améliorées. Il est intéressant de constater qu'elle semblaient tenir pour beaucoup à une tympanite réflexe intense, que l'électrisation a beaucoup fait diminuer.

La seconde catégorie, je n'en parlerai pas : c'est celle de succès trop récents pour être démonstratifs.

Les insuccès sont incontestables, même pour des cas hémorrhagiques. Mais, je tiens à déclarer que je n'ai jamais eu d'accidents, lesquels sont dus surtout à l'insuffisance d'antisepsie. Mais quelles sont les conditions d'insuccès ? Sans doute, les lésions des annexes, et j'ai opéré il y a 7 à 8 jours une femme chez laquelle un double hématosalpinx m'a rendu compte de mon échec : mais la difficulté est d'établir un diagnostic, assez aisé quand il n'y a qu'une lésion des annexes, mais souvent à peu près impossible quand un fibrome masque cette lésion. Quant à la division de M. Richelot, selon que les fibromes font ou non partie de la paroi utérine, je ne la crois pas absolument fondée. Doit-on avec M. Championnière, se baser surtout sur l'âge, vers la ménopause : on a de bons résultats chez des femmes jeunes. Je pense donc qu'il faut surtout électriser les myômes pour lesquels on prévoit une opération rendue difficile, dangereuse, par l'enclavement, par exemple, ou par l'affaiblissement de la malade.

Je signalerai un cas où un kyste de l'ovaire latent, concomitant, a subi, sous l'influence de l'électrisation, un développement remarquablement rapide.

M. Richelot. — Nous arrivons, en somme, à dire à peu près tous la même chose : qu'il ne faut pas électriser à tort et à travers et supprimer le bistouri. Un seul point me sépare de M. Championnière : ce n'est pas théoriquement, que j'ai parlé des myômes énucléés, mais, d'après des faits rebelles à l'électrisation. Il y a des faits favorables ; je l'accorderai à M. Championnière, et dès lors, il ne s'agit plus que d'une question de proportion.

M. Bouilly. — *Traitement des suppurations pelviennes.* — J'ai ouvert six fois par la voie vaginale, et non comme il est d'usage par la laparotomie, des collections salpingo-ovariennes. Il ne s'agissait pas, j'y insiste, de poches de péritonite enkystées dans le cul-de-sac de Douglas, d'hématocèles suppurées ni de phlegmons du ligament large, toutes collections basses, bombant dans le vagin, tandis qu'en cas de salpingite la voie vaginale ne s'offre pas d'emblée à la pensée.

En 1887, je vis une jeune femme qui depuis plusieurs années souffrait d'une salpingite ; je lui trouvai dans la fosse iliaque gauche une collection dont je diagnostiquai nettement la nature tubaire, et je fis la laparotomie. Mais la profondeur et les adhérences intestinales étaient telles que cette laparotomie dut rester exploratrice. Alors, comme à bout de doigt, je trouvai la collection dans le vagin, je la ponctionnai et je l'ouvris au thermocautère : mais au huitième jour, pendant un pansement heureusement, survint une hémorrhagie secondaire, en sorte que depuis j'ai toujours eu recours au bistouri. Cette malade a fort bien guéri.

Ma seconde observation a trait à une femme épuisée par des hémorrhagies dues à un polype et qui de plus portait dans la fosse iliaque gauche une volumineuse salpingite suppurée. Je la débarrassai d'abord de son polype ; mais elle était encore bien affaiblie quand je crus prudent d'éviter la laparotomie, ce qui était possible, car la poche était accessible en haut du vagin quand on appuyait sur l'hypogastre.

Chez une troisième malade, on pouvait agir aussi bien par le vagin que par l'hypogastre pour une collection située à gauche. Les annexes droites, un peu grosses mais non suppurées, ont pendant longtemps encore causé des souffrances, mais peu à peu se sont améliorées, et je ne regrette pas de ne pas y avoir touché.

- En quatrième lieu vient une femme de trente et un an, atteinte depuis longtemps de métrorrhagie et de leucorrhée. Elle avait de l'endométrite et des annexes douloureuses, et je commençai par un curettage ; mais il en résulta un réveil de l'inflammation tubaire et, avec fièvre, une collection se développa à gauche. L'état général était mauvais, l'exploration sous le chloroforme me démontra la possibilité d'agir par le vagin : je le fis et j'eus un succès, assez lent il est vrai.

Dans mon cinquième cas, j'opérai une jeune femme, une enfant presque, chez laquelle les accidents avaient débuté en septembre 1889, quelques jours après son mariage ; en décembre une collection s'ouvrit dans le rectum, je fus appelé en février et je trouvai une femme abattue, vomissant tout, hectique, avec une collection droite se vidant mal. La laparotomie dans ces conditions me parut bien grave et je proposai la voie vaginale : les accidents s'amendèrent vite, mais il reste aujourd'hui encore un trajet fistuleux.

Enfin ma sixième observation est celle d'une femme qui, malade depuis six à sept ans, m'arriva venant de l'étranger avec une poussée aiguë, fébrile, causée par le voyage. Là encore la poche était bien accessible par l'hypogastre ; mais la fièvre, la virulence intense qu'elle dénotait dans le pus, me poussèrent à faire l'ouverture vaginale : la guérison fut rapide et complète.

Telles sont mes observations. J'en conclus que, dans certains cas, on peut agir comme je l'ai fait. Une première condition est l'accessibilité par le vagin, cela va sans dire. De plus, il faut que ce soit une vraie *collection*, évacuable par une seule incision, ce qu'on reconnaît bien à la palpation bimanuelle, par la consistance et la fluctuation partout égales. Enfin il est indispensable que la suppuration tubaire soit unilatérale.

Le manuel opératoire est le même que pour les autres abcès pelviens, avec cette différence qu'ici la collection ne bombe pas dans le vagin : il faut que la main d'un aide, appuyant sur l'hypogastre, l'abaisse sur le doigt de l'opérateur. Ce doigt sert de conducteur à un trocart qui ponctionne et le long duquel on débride ; puis on élargit cette incision avec une pince, on met un drain et on lave jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. Avec le doigt, on sent battre les artères vaginales, et on les évite avec soin.

Je vous ai dit que dans un cas il reste une fistule contre laquelle je ne sais pas encore ce que je ferai.

Je conclus en disant qu'en général la laparotomie est la méthode de choix, mais qu'il est des cas où elle paraît devoir être mal supportée et qu'alors la voie vaginale est appelée à rendre de réels services.

M. POLAILLON. — Je rappellerai que M. Laroyenne (de Lyon) a inventé pour ces opérations vaginales une instrumentation spéciale. D'ailleurs ce chirurgien généralise trop cette méthode et il

a souvent des fistules. Je m'associe donc aux limites posées par M. Bouilly.

M. Routier. — Guidé par les mêmes motifs que M. Bouilly, j'ai ouvert par le vagin une collection tubaire gauche chez une femme très fébricitante et très affaiblie. Je songeai à la voie vaginale qui m'avait donné de bons résultats dans l'hématocèle, et j'ai eu un succès.

M Reclus. — Le point le plus topique dans la communication de M. Bouilly est dans la limitation très nette et les indications précises. Dans les cas à poche épaisse et peu souple la fistule est à craindre : j'en ai eu une chez une femme que j'ai opérée en 1880 et que depuis j'ai perdue de vue. Il s'agissait là d'une poche entourée d'adhérences. Que faire d'ailleurs dans ces cas complexes, bien différents de ceux dont on discute aujourd'hui? C'est une question que je voudrais voir étudier par la Société. La laparotomie y est grave, et d'autre part les fistules, plus faciles à laver il est vrai que celles du vagin, ne sont pas rares.

M. Monod. — Je citerai un cas déjà ancien où j'ai ouvert par le vagin une collection pelvienne, qu'à cette époque je n'ai d'ailleurs pas localisée avec précision. Pendant longtemps il y a eu une fistule, mais finalement elle s'est cicatrisée.

M. Bouilly. — Je connaissais les travaux de Laroyenne : mais cet auteur généralise trop et a des fistules fréquentes. Quant aux faits complexes dont parle M. Reclus, où il y a un mélange de pelvipéritonite, de salpingite et de phlegmon, je crois qu'il faut les écarter de la discussion actuelle.

M. Terrillon. — Quand j'ai commencé à pratiquer des opérations gynécologiques, j'ai d'abord incisé par le vagin les collections pelviennes: c'était alors la mode, et nous ne savions pas encore faire la laparotomie dans ces conditions. J'ai eu sans doute quelques succès, mais j'ai eu encore plus d'ennuis. Deux fois j'ai eu des hémorrhagies graves, et surtout il est resté beaucoup de fistules. Aussi en 1887, après le travail de Lawson Tait, ai-je commencé, après laparotomie, à suturer ces poches ouvertes à la paroi abdominale et j'en ai eu de bons résultats. Mais il y avait d'assez nombreux cas rebelles à cette méthode : il est impossible de traiter de la sorte les poches très profondes, devant lesquelles sont situés les intestins adhérents. Dans les cas de ce genre, j'ai obtenu des succès par le drainage simple à la gaze iodoformée.

Mais depuis 1888 je ne m'en suis plus tenu là : toutes les fois que j'ai pu, j'ai extirpé ces poches et j'ai été frappé du nombre de cas où cette extirpation est facile. Évidemment, pendant les manœuvres, la rupture des poches n'est pas rare ; mais cela n'entrave pas, en général, le succès, quand on sait bien protéger, puis nettoyer et enfin drainer le péritoine.

En somme, je pense qu'à peu près tous les abcès pelviens sont abordables par la laparotomie : j'en ai enlevé ainsi qui bombaient dans le vagin. Récemment encore, j'ai été tenté par cette saillie vaginale et pourtant, au grand étonnement d'un élève de M. Laroyenne, je me suis décidé pour la voie hypogastrique. Or, j'ai trouvé 4 poches dans l'ovaire et 1 dans la trompe : grâce à la laparotomie mon intervention a été complète, et l'élève de M. Laroyenne a reconnu que par le vagin elle eût été forcément incomplète.

On a fait des objections à la laparotomie : la péritonite surtout. Au début, en effet, j'ai eu deux morts de ce chef : mais depuis que je sais mieux opérer, je n'en ai plus.

Je dirai quelques mots d'une méthode née d'hier, l'hystérectomie vaginale totale : je n'en ai pas l'expérience, mais j'ai quelques craintes *a priori*, étant donné ce que je sais des adhérences intestinales à ces abcès péri-utérins.

M. Terrier. — J'avoue que j'ai été un peu étonné de la communication de M. Bouilly. Que ces collections siègent dans la trompe, ce qui d'après mes observations n'est pas très fréquent, ou, ce qui est la règle, dans les ovaires ou dans le péritoine, quand on les abandonne à elles-mêmes elles s'ouvrent souvent dans les organes voisins, rectum, vessie, vagin, et y restent indéfiniment fistuleuses. De même pour l'ouverture chirurgicale dans le vagin ; du temps que j'étais interne de Chassaignac, c'était le seul traitement de ces abcès péri-utérins, et j'ai presque toujours eu des fistules. Depuis, j'ai encore vu de ces fistules sur des malades que d'autres avaient opérées. Je pense donc que de la sorte on rend sans doute aux malades un service immédiat, mais qu'on ne leur procure pas la guérison définitive. J'approuve donc la doctrine soutenue par M. Terrillon, et c'est toujours par la laparotomie que j'aborde ces abcès.

Pourtant M. Terrillon a peut-être un peu trop mis tout dans une poche. D'après ma pratique, les cas sont un peu plus complexes

et ma mortalité est assez élevée. Cette complexité, en voici des exemples. Il y a 10 jours, j'ai opéré une femme atteinte d'une fistule vésico-intestinale dont la cause m'échappait : j'ai trouvé une salpingite ouverte à la fois dans l'intestin et dans la vessie. Une de mes plus anciennes opérées est une jeune femme chez qui un abcès, incisé par le vagin, s'était néanmoins ouvert par le rectum. Je fis la laparotomie et trouvai une pelvipéritonite sans poches distinctes. La malade a guéri, avec une fistule qui, il est vrai, a duré un an et allait de l'hypogastre au rectum. Puis cette femme est devenue enceinte, et pendant sa grossesse, fort heureuse d'ailleurs, la fistule s'est oblitérée.

Ces poches de pelvipéritonite, on ne peut donc pas les extirper. Au contraire, ce sera la méthode de choix quand les abcès sont tubo-ovariens; mais, même alors, il y a des cas complexes, avec fistule rectale par exemple, et j'ai actuellement dans mon service une opérée de ce genre. J'en ai même une autre à laquelle j'ai dû, délibérément, établir un anus contre nature.

Ce que je reproche à la voie vaginale, c'est qu'on agit à l'aveugle. En effet, je me déclare incapable de poser à l'avance un diagnostic anatomique absolument complet et sûrement exact : je n'ai que des présomptions. C'est peut-être une infériorité, mais j'aime mieux m'en accuser. Voilà pourquoi je préfère la laparotomie. J'ai d'ailleurs fait de temps en temps des essais de l'incision vaginale, dans des cas où la poche bombait de ce côté. Mais j'ai dû faire la laparotomie 3 ou 4 mois plus tard à une dame que j'avais opérée de la sorte.

Depuis un an environ je sais que M. Péan dans ces cas fait parfois l'hystérectomie vaginale. Il avait, en effet, opéré de la sorte une dame pour laquelle on m'avait refusé la laparotomie : les suites avaient été graves, mais la malade a guéri. Je crois la laparotomie bien préférable : mais j'aimerais encore cette large intervention, plutôt que l'étroite et aveugle incision vaginale.

M. Desprès, pensant que la communication de M. Bouilly va marquer un temps d'arrêt dans ces laparotomies qu'il réprouve, félicite vivement l'auteur de son retour vers la vieille chirurgie. Les ovarites sont des raretés, mais elles sont faciles à diagnostiquer (ici M. Desprès résume les signes anciennement classiques), et on les guérit par le repos, les injections chaudes et les vésicatoires. « Ces tubo-ovarites ne demandent pas plus de trai-

tement actif que les épididymites, leurs homologues chez l'homme. »

M. POZZI. — Je crois qu'il faut inciser sur la poche qui contient le pus. Après incision, elle se rétracte, il reste des adhérences, et souvent les souffrances persistent. Aussi faut-il faire l'extirpation toutes les fois qu'elle est possible. Évidemment, on s'en tiendra au drainage quand il y a des adhérences multiples, et surtout pour les poches de pelvipéritonite. Mais ici je corrobore absolument l'opinion de M. Terrier ; avant la laparotomie, n'en déplaise à M. Desprès, le diagnostic précis est impossible. Or, agir par le vagin c'est s'exposer à respecter des poches qu'on aurait pu et dès lors dû enlever. Oui, ce sera peut-être parfois une méthode d'urgence, mais ce ne sera qu'une méthode palliative.

J'ajouterai un mot sur l'origine de ces abcès : mon expérience sur ce point ne concorde pas avec celle de M. Terrier, et je les crois tubaires plus souvent qu'ovariens.

M. LE DENTU. — Il faut distinguer les cas anciens et les récents Pour les anciens, la laparotomie est indiquée, sans conteste; mais pour les récents, quand la poche est simple et souple, j'ai eu des succès rapides et complets par l'incision vaginale.

M. ROUTIER. — M. Bouilly n'a parlé de l'incision vaginale que *pour certains cas déterminés*, et je tiens à spécifier que, dans le cas que j'ai relaté à l'appui de son dire, je n'ai incisé par le vagin que pour un motif spécial : parce que je n'ai pas osé laparotomiser une femme qui, depuis 8 jours, avait 40° de température.

M. TERRIER. — Elle aurait eu 37° le soir de votre laparotomie. Je répondrai à M. Le Dentu que, pour toutes les suppurations péri-utérines, je suis partisan de la laparotomie aussitôt le diagnostic posé.

M. MARCHAND. — J'ai fait récemment avec succès une laparotomie pour salpingite chez une femme qui avait 40°.

M. BOUILLY. — Je regrette que la plupart des orateurs précédents n'aient pas assisté à la dernière séance. Cela nous eût sans doute, privé de considérations intéressantes sur les abcès pelviens, mais cela m'eût par contre évité de passer pour réactionnaire, moi qui crois être ici un de ceux qui font le plus volontiers la laparotomie. Ce que j'ai dit, la laparotomie restant la méthode de choix, c'est que, dans certaines conditions spéciales,

l'incision vaginale peut rendre des services (ici M. Bouilly répète le résumé des indications). La preuve en est que 5 fois sur 6, j'ai eu des guérisons exactement comme pour un abcès chaud quelconque. Aucun raisonnement ne peut tenir contre les faits, et ceux que j'ai apportés ici prouvent, une fois de plus, qu'en bonne chirurgie il ne faut pas avoir une thérapeutique uniforme pour tous les cas d'une même affection.
de Deneux (1813) ; Velpeau en cite deux autres.

M. Bouilly. *Fibrome et grossesse.* — Je vous présente une pièce provenant d'une femme de 28 ans chez laquelle M. Loviot a diagnostiqué un fibrome prenant une évolution rapide sous l'influence d'une grossesse datant de trois mois. Il m'a adressé cette malade et j'ai confirmé le diagnostic. Le fibrome s'enclavait dans le bassin, il y avait de la rétention d'urine, et après une période d'observation il devint évident que le fibrome n'avait nulle tendance à subir l'ascension parfois notée dans ces cas ; d'autre part il n'y avait pas de place pour un avortement provoqué ; *a fortiori* l'accouchement à terme devait-il être considéré comme impossible. Je décidai donc de faire l'amputation de Porro et je la menai à bien, enlevant ainsi l'utérus et le fibrome. Dans l'utérus, vous pouvez voir le fœtus, de 3 mois environ. L'opération a aujourd'hui 8 jours de date, et la malade va très bien.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance d'octobre 1890.

Loviot. 1) **Éclampsie au 7e mois de la grossesse chez une primipare albuminurique. Mort.** — La femme était âgée de 20 ans, primipare. A 7 mois 1/2 de grossesse, après avoir présenté des symptômes suffisamment caractéristiques pour qu'on pût faire le diagnostic rétrospectif d'albuminurie (somnolence, céphalée, bouffissure de la face, anasarque), elle fut prise d'accès éclamptiques. Il s'écoula entre le 1er accès et la mort, 4 jours et 9 heures 1/2. 1er jour, 2 accès; 2e jour, 3 accès; 3e jour, 6 accès ; 4e jour et jusqu'à la mort plus de convulsions. Le traitement consista en : régime lacté, sangsues aux apophyses mastoïdes, lavements au sulfate de soude, inhalations de chloroforme, lavements de chloral et de chlo-

roforme, une saignée abondante, puis, *l'administration du chloroforme d'une façon continue, à petite dose, augmentant la ration lorsqu'un accès semblait devoir se produire.* A partir du 4e jour, les convulsions ayant cessé, on diminua la quantité de chloroforme. La conscience revint, mais, peu à peu, la situation s'aggrava et la femme mourut dans le collapsus. C'est à peine s'il s'était produit, durant ce long intervalle de près de 5 jours, un léger effacement du col. Mais il était survenu une distension gazeuse du ventre et le fœtus avait succombé plusieurs heures avant la mort de la mère.

Discussion : Guéniot insiste sur la manière dont on doit user des anesthésiques. Ce qu'il importe d'obtenir, c'est le *sommeil continu.* Et pour le produire, il donne la préférence au chloral, employé sous forme de lavement, ou en cas d'impossibilité, au chloral administré par la voie gastrique. S'il échoue de cette façon, il a recours aux inhalations de chloroforme. Budin n'oserait pas affirmer que l'administration continue du chloroforme à une femme dont les reins sont malades, dont le foie n'est peut-être pas indemne, est exempte de tous dangers. Ne risque-t-on pas de surajouter à l'intoxication qui existe déjà une intoxication thérapeutique ? A son avis, le meilleur mode d'administration du chloroforme consiste à le donner au moment où les accès menacent pour les faire avorter, sans prolonger pendant des heures cette médication.

2) **Double thrombus au niveau de l'orifice hymænéo-vaginal, chez une primipare, au 7e mois de la grossesse.** — Ce cas, relatif à une femme de 21 ans, primipare, est intéressant, car il a pu induire en erreur deux médecins. Vers 7 mois de grossesse, après avoir fait sa toilette habituelle avec une éponge, cette femme eut une hémorrhagie vaginale. La perte de sang se renouvela le même jour 2 fois, une première fois après la défecation, la seconde fois après la miction, hémorrhagies assez abondantes. Les deux médecins pensèrent qu'il s'agissait d'une insertion vicieuse du placenta. Or, l'auteur constata aisément que le foyer de ces hémorrhagies était un thrombus situé au niveau de l'orifice hymænéo-vaginal. La partie droite de la tumeur se trouvait en avant de l'hymen dilacéré, la partie gauche en arrière. *Traitement :* Repos absolu au lit pendant quelques jours, privation de coït. Accouchement à terme, normal. Pas d'augmentation de la tumeur sous l'influence du travail.

3) **Inversion utérine de la délivrance ; réduction au 8e jour, guérison.** — L'intérêt de cette observation réside dans la technique opératoire suivie par l'auteur. Quant à l'étiologie, elle est banale. Immédiatement après la sortie de l'enfant, tractions énergiques exercées sur le cordon par la sage-femme.

Technique opératoire : « La femme étant complètement anesthésiée, j'introduisis la main gauche tout entière dans le vagin, et pendant qu'avec les doigts recourbés de la main droite, j'exerçais une pression excentrique sur les parois de la cupule, je tentai avec la paume de la main gauche, qui embrassait le fond de l'utérus, de réduire ce dernier en exerçant une pression méthodique de bas en haut et d'arrière en avant, dans le sens de l'axe de l'utérus et de l'axe du bassin.

Je n'obtins rien. Je m'efforçai alors, maintenant, abaissant et écartant autant que possible avec les doigts abdominaux la cupule constituée par l'invagination de l'utérus, de réduire la tumeur vaginale en pratiquant, avec l'extrémité des doigts, une sorte de taxis toujours dans le sens des axes — au niveau de l'étranglement — pour faire rentrer les premières, les parties renversées les dernières. Je remarquai, à un moment, que le taxis semblait me donner quelque chose au niveau de la partie antérieure de l'étranglement, tandis qu'il était inefficace partout ailleurs. Je dirigeais mes efforts de ce côté et j'eus la satisfaction de constater que je réduisais un peu. Je continuai et bientôt je sentis que l'anneau formé par l'extrémité inférieure du col s'allongeait, qu'il coiffait de plus en plus l'extrémité de mes doigts. J'eus la notion que ce n'était plus qu'une affaire de temps et que la partie était gagnée.

En effet, je réduisis peu à peu la tumeur, mon taxis portant graduellement sur des parties plus voisines du fond de l'organe, tandis que la face dorsale de mes doigts était de plus en plus recouverte par le col et le corps de l'utérus restitués dans leur situation normale. Enfin, le fond de l'utérus faisant encore saillie, je le réduisis complètement. Pendant tout ce temps, la main abdominale n'avait cessé de maintenir l'organe pour empêcher tout tiraillement ou déchirure des ligaments ou des attaches vaginales. — Suites opératoires parfaites, sauf les deux premiers jours, où la température s'éleva à 40° et à 38°,5. Résultat opératoire parfait et définitif.

4) L'auteur cite un cas de **suppression de la fonction menstruelle pendant toute la durée d'un allaitement de 30 mois.**

VERRIER, dans un **Rapport sur la gynécologie au congrès de Limoges,** insiste plus particulièrement sur la transfusion, dont il attribue le discrédit aux défectuosités des divers appareils employés. Faite avec un appareil, simple, analogue par exemple à celui qu'il a imaginé, et dont il décrit le dispositif, l'opération serait avantageuse, et très supérieure aux injections chlorurées sodiques qu'on a voulu lui substituer.

Discussion : PORAK a pratiqué deux fois la transfusion chez des accouchées qui venaient de perdre des quantités considérables de sang. L'une de ces femmes fut emportée par la septicémie, par suite, ce cas ne laissa tirer aucune conclusion quant à la transfusion. Chez l'autre, qui présentait les signes d'une anémie profonde, la transfusion prévint une mort imminente. Néanmoins, l'anémie persista, et il était question de pratiquer de nouveau la transfusion, quant la malade, vingt jours après l'accouchement, succomba un matin comme elle se retournait dans son lit. Enfin, chez une 3e malade, qui avait perdu beaucoup de sang au cours d'une délivrance laborieuse, Porak eut recours à l'injection intraveineuse de 300 gr. de solution chlorurée sodique à 4,5 pour 1000. Les accidents s'amendèrent, et quinze jours plus tard, la femme quittait l'hôpital en parfaite santé. JOUIN a vu faire à l'hôpital St-Louis, 3 transfusions qui ont fourni 4 décès ! L'un des donneurs de sang a succombé, ainsi que les 3 transfusés. GUÉNIOT recommande l'élévation et la striction des membres au moyen de la bande d'Esmark.

R. L.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

Discussion sur le traitement de l'endométrite (suite) (1).

WALTON s'élève énergiquement contre les cautérisations, en particulier contre le chlorure de zinc « qui n'est point une nouveauté, mais plutôt une triste résurrection ». Il donne à l'appui de son dire deux observations d'atrésie complète du col, consécutives à des applications de pâte de Canquoin. Le principe, qui doit dominer la thérapeutique de l'endométrite, est de *drainer la cavite*

---

(1) Voir *Annales*, mai 1890, p. 385.

utérine et la maintenir perméable et aseptique. « Le procédé Polaillon-Dumontpallier n'est pas un progrès; c'est la négation de toute gynécologie saine et raisonnée; c'est un redoutable pas en arrière. »

C. Jacobs, dans les endométrites récentes *du corps* s'est bien trouvé de l'application de crayons au salol, au bichlorure de mercure, à l'iodoforme,des injections de glycérine iodoformée; dans les cas anciens les meilleurs résultats qu'il a obtenus, l'ont été par le curettage, avec ou sans écouvillonnage, suivi ou non de cautérisations légères. 10 cas traités suivant la méthode de Dumontpallier ont donné 10 insuccès.

Bock prend la défense du traitement Dumontpallier ; les deux malades, dont vient de parler M. Walton, avaient exigé leur sortie et avaient cessé tout traitement immédiatement après la cautérisation. La régénération de la muqueuse après les cautérisations se fait comme après le curettage , les coupes histologiques et le retour régulier des menstruations le démontrent. Il faut seulement veiller à dilater suffisamment le col avant et après la cautérisation.

E. Fraipont a coutume de dilater l'utérus avec une laminaire iodoformée ; il complète la dilatation avec les bougies d'Hégar, fait le curettage avec une grosse curette pour les faces et le fond, une petite pour les bords et les angles, puis enlève les débris incomplètement détachés avec un porte-caustique garni d'ouate ; avec un autre, il passe dans la matrice de la glycérine créosotée au tiers et tamponne ensuite avec de la gaze iodoformée. Le traitement consécutif consiste en lavages intra-utérins antiseptiques et à partir du 6e jour, en applications de teinture d'iode pure. Les cautérisations ont l'inconvénient ou d'être trop intenses ou d'être très faibles suivant les cas, étant donné qu'il est impossible de déterminer au préalable l'épaisseur exacte de la muqueuse malade. La cautérisation est toutefois utile, après curettage, dans les cas d'adénome malin ou de commencement de dégénérescence carcinomateuse.

Tournay trouve la méthode de Dumontpallier impuissante ; de plus, elle est douloureuse dans son application. Il se sert volontiers d'applications astringentes ou de caustiques liquides, réservant le curettage aux endométrites catarrhales et purulentes tenaces, aux endométrites hémorrhagiques, à certaines endométrites dysménorrhéiques et aux endométrites malignes quand l'hystérectomie n'est pas praticable.

SCHREVENS. **Hygiène de la grossesse.** — Chez une femme enceinte pour la 3e fois, et dont les 2 premiers accouchements s'étaient terminés par des présentations de l'épaule avec extraction, après version, d'enfants bien constitués, mais morts, Schrevens constata au 7e mois que la matrice se trouvait en obliquité droite, qu'elle était molle, flasque, indolente, que le siège du fœtus occupait le fond de l'utérus et que l'extrémité céphalique était dirigée vers le col. Il était évident que le siège n'étant pas soutenu et maintenu par les parois de l'utérus, devait naturellement retomber lentement et progressivemeut vers le flanc droit et que l'extrémité céphalique devait glisser vers la gauche en s'écartant de plus en plus de l'axe du détroit supérieur. Pour empêcher les conséquences de la flaccidité de la matrice, Schrevens eut recours à la ceinture eutocique de Pinard. La présentation, tout d'abord inclinée, irrégulière de l'extrémité céphalique, se régularisa et se transforma finalement en une présentation franche du sommet.

KUFFERATH. **Nouveau procédé d'hystérectomie vaginale.** — Dans un cas de cancer de la lèvre postérieure du col ayant envahi le cul-de-sac vaginal, Kufferath eut recours à l'opération suivante : L'incision part du bord latéral droit du sacrum, à 2 ou 3 centim. au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne, elle suit le bord droit du coccyx et est dirigée sur la ligne médiane vers l'anus. Arrivée à 1 centim. 1/2 de cet orifice, elle le contourne du côté droit à 1 centim. 1/2 et revient en avant sur la ligne médiane, de là elle est continuée jusqu'au milieu de la commissure postérieure de la vulve, section du grand fessier à ses attaches au sacrum et au coccyx, section des ligaments sacro-sciatiques ; décollement de la cloison recto-vaginale, section du vagin de bas en haut sur la ligne médiane, incision du releveur, ouverture du cul-de-sac péritonéal. Ablation de l'utérus après bascule du fond dans la plaie. Suture du vagin. La malade est morte d'urémie le 15e jour ; un des uretères avait été pincé au cours de l'opération.

PONCELET. **Opération de Porro.** — Le bassin de la femme scoliotique mesurait, d'avant en arrière, 5 centim. 1/2. Une première grossesse se termina par l'extraction d'un enfant à l'aide du forceps scie de Van Huevel; le crâne avait été scié de la base du front à la 2e vertèbre cervicale. Une deuxième grossesse fut terminée à 5 mois par un accouchement provoqué et l'extraction par version d'un fœtus. A une troisième grossesse, la malade demanda à avoir un enfant vivant et à ne plus redevenir enceinte. L'opération de Porro faite à terme, après une hémorrhagie utérine et un affaiblissement

considérable des bruits du cœur de l'enfant permit d'obtenir à la fois, l'extraction d'un nouveau-né actuellement bien portant, la guérison de la mère et une stérilité définitive.

PONCELET. **Nouveau débrideur du col dans les cas de non dilatation pendant le travail.** — C'est une sorte de bistouri boutonné que l'on dégaine une fois mis en position.

DELÉTREZ **Quelques particularités observées dans des laparotomies.** — 1° Prolapsus utérin chez une femme de 52 ans, *hystéropexie d'après le procédé Terrier;* résultat parfait maintenu 6 mois après; 2° *kyste dermoïde de l'ovaire droit;* 3° *hystérectomie abdominale avec ligature élastique perdue* d'après le procédé d'Olshausen, dans un cas de fibrome interstitiel. Élimination de la ligature par le vagin; 4° *hystérectomie abdominale dans un cas de grossesse compliquée de fibromes multiples.* Du 9e au 15e jour vomissements fécaloïdes, état général alarmant puis guérison.

F. FRAIPONT. **De l'hystéropexie abdominale dans le traitement de certaines formes de rétroversion utérine.** — Après un court historique dans lequel l'auteur, en digne élève de von Winiwarter, ne mentionne que des noms allemands, viennent six observations d'hystéropexie, toutes suivies de guérison. Dans un cas, 6 mois après l'opération, une malade commençait une grossesse qu'elle menait régulièrement à terme; pas de récidive de la rétroversion après l'accouchement. Dans un autre, 5 mois après l'opération, début d'une grossesse qui se termina avant terme par la mise au jour d'un enfant qu'on a pu élever. Pas de récidive de la rétro-déviation.

FRAIPONT se déclare partisan de l'hystéropexie dans les rétrodéviation graves qui s'accompagnent de douleurs parfois intolérables et de troubles fonctionnels ne cédant à aucun traitement; elle seule permet de détacher les adhérences, de se rendre exactement compte de l'état des annexes et de les extirper si c'est nécessaire.

C. JACOBS a pratiqué 6 fois l'hystéropexie abdominale (5 rétrodéviations douloureuses et adhérentes, 1 prolapsus complet), toujours le résultat a été excellent. Dans les cas de prolapsus, il est utile de faire précéder l'hystéropexie d'opérations anaplastiques vaginales et périnéales.

LAUWERS a eu recours, dans 3 cas de prolapsus, à l'hystéropexie, guérison dans les 3 cas.

P. ROCHET. **Un cas d'ectopie de la rate.** — On avait cru à une inflammation suppurée des annexes de l'utérus. En réalité il s'agis-

sait d'une rate hypertrophiée, ramollie, couchée sur le psoas qu'elle débordait en dedans pour tomber dans le petit bassin, les symptômes d'hecticité qu'on croyait dûs à la résorption purulente d'une collection tubaire étaient produits par une poussée de tuberculose pulmonaire qui emporta la malade 3 semaines après la laparotomie.

H. H.

REVUE ANALYTIQUE

FIBROMES UTÉRINS

A. Martin. **Sur les opérations des myômes** (Ueber Myomoperationen). *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 1.

Le traitement des myômes s'est orienté dans deux directions : a) traitement *médical et électrique ;* b) traitement *chirurgical.*

Encore aujourd'hui, sous l'impulsion d'Hildebrant, on cherche à combattre, à arrêter dans leur développement les myômes à l'aide de l'*ergotine*. Et, dans les cas où cette méthode thérapeutique est inapplicable, bon nombre de médecins se rallient avec empressement à la méthode préconisée par Apostoli et par ses disciples : combattre par l'*électrolyse* ces sortes de néoplasme. D'autre part, les efforts tendent à attaquer les myomes par des *procédés chirurgicaux.*

I.

A) *Ergotine.* — L'auteur *n'a jamais constaté une guérison formelle d'un myôme par l'ergotine.* — Toutes les grosses tumeurs qu'il a dû opérer, avaient été déjà traitées, ailleurs, sans succès avec ce médicament. Il ne proscrit pas en principe cette thérapeutique dans les cas qui n'ont encore été l'objet d'aucun traitement. Mais, il conseille de n'en point abuser et d'y renoncer si les douleurs ne cessent pas promptement.

B) *Traitement électrique des myômes.* — L'auteur base son appréciation touchant la valeur de cette thérapeutique sur l'examen de 12 cas, dont 10 traités par lui, 2 traités ailleurs, l'un a Paris. Pour les 10 premiers, on a introduit une des électrodes dans l'utérus, et l'intensité du courant a été portée jusqu'à 100 milliampères.

Plusieurs de ces malades ont subi 50 séances d'électrolyse. En quelques cas de myômes de petit volume, de la grosseur d'un œuf

de poule à celle du poing, on a nettement constaté la diminution progressive des hémorrhagies, et un arrêt dans l'accroissement de la tumeur, mais *jamais* une diminution réelle, ni même une atrophie quelconque du néoplasme. Chez une malade, il survint une modification de l'utérus, par suite de l'expulsion, sous forme de petits polypes, de nodules myômateux. Débarrassée de ces polypes par Orthmann, cette femme fut emportée par une embolie qui survint lors de sa sortie de l'hôpital, alors qu'elle était levée depuis 12 jours déjà, après des suites opératoires tout à fait régulières. 2 malades, après avoir subi le traitement électrique pendant un certain temps, furent amenées, à cause de l'exacerbation des douleurs après chaque séance, à réclamer l'opération, dont l'une d'elles avait cependant une grande frayeur. La dame traitée à Paris (pas par Apostoli, ni par aucun de ses assistants) avait subi 50 séances d'électrolyse, et de nombreuses injections d'ergotine, associées au traitement électrique parce que celui-ci, qui s'était montré utile contre les hémorrhagies, n'avait par contre exercé aucune action favorable sur le développement de la tumeur.

Ce traitement fut traversé par plusieurs poussées de péritonite et il arriva un moment où la dame, réduite à un état d'épuisement profond, comprit qu'il ne lui restait qu'une seule chance de salut : l'opération. Le ventre ouvert, on constata des adhérences extrêmement étendues de la tumeur avec l'intestin, l'épiploon, le mésentère et tous les organes pelviens.

La tumeur qui pesait 17 livres, était sur plusieurs points en voie de dégénérescence sarcomateuse, son extirpation s'accompagna d'une perte de sang assez considérable pour créer un état d'anémie aiguë, dont on eut momentanément raison par la transfusion d'un litre de solution de sel marin a 1/2 p. 0/0. L'opérée succomba néanmoins 36 heures plus tard dans le collapsus.

Au résumé, bien que ne condamnant pas d'une façon formelle le traitement électrique des myômes, en considération des publications nombreuses parues en sa faveur (Th. Keith, etc.), Martin conseille d'y recourir avec la plus grande circonspection. Il fait remarquer que jusqu'à présent il n'a pas encore reçu une sanction véritablement scientifique, et qu'il reste encore à découvrir son mode d'action. Il signale, d'autre part, la fréquence des erreurs de diagnostic, erreurs ensuite desquelles on a maintes fois entrepris et on entreprend encore le traitement *de myomes qui n'existent pas.* Les constatations faites au cours de laparotomies pratiquées

sur des femmes, traitées d'ailleurs depuis longtemps pour de prétendus myômes utérins, ont mis ces faits hors de discussion.

II

Quels que puissent être les résultats fournis par le traitement médical et par le traitement électrique, il restera toujours un nombre assez élevé de cas qui ne seront justiciables que de l'opération. Au début, Martin ne visait qu'à la suppression du myôme sans se préoccuper de la préservation de l'intégrité du canal génital, de la conservation de la fonction de l'organe. Ultérieurement, il a de plus en plus circonscrit son intervention à la suppression de la tumeur, et déduit, de la considération des conditions spéciales à chaque cas, le mode d'intervention qui lui paraissait assurer au maximum une guérison rapide, et laisser en même temps le plus d'espoir quant à la conservation de la fonction dévolue à la femme. Il range les diverses opérations des myômes dans l'ordre suivant : 1° *énucléation par le vagin ;* 2° *extirpation de l'utérus par le vagin ;* 3° *ablation de tumeurs sous-séreuses pédiculées ou énucléation après laparotomie ;* 4° *extirpation de l'utérus avec tout l'appareil génital.*

Quant à la *castration*, contrairement à Leopold, Martin n'y a plus recours. Parce que, d'une part, il a vu, chez des femmes auxquelles il avait enlevé les ovaires pour combattre des myômes aussi bien que chez d'autres où cette extirpation avait eu pour indication exclusive, un état pathologique des ovaires, des hémorrhagies survenues après la castration, et que, d'autre part, il a observé d'autres sujets chez lesquels les myômes ne s'étaient mis à grossir, à provoquer des accidents de la plus haute gravité qu'après, précisément, la ménopause naturelle. D'ailleurs, il considère comme plus rationnel de s'en prendre au corps du délit lui-même (*materia peccans*), prétention qui lui paraît réalisable.

1. *Enucléation par le vagin.*

Une condition nécessaire pour l'énucléation par le vagin, c'est que *la tumeur soit facilement accessible* (elle peut, par exemple, l'être devenue sous l'influence des efforts de l'utérus lui-même pour l'expulser), *ou qu'il soit aisé de la rendre accessible.* Les dimensions du néoplasme sont aussi d'une grande importance. Quand elles sont volumineuses, leur extirpation peut se compliquer de déchirures étendues, de lésions du péritoine, de la vessie, etc. Ceux qui entraînent les plus grands risques, sont ceux déjà,

en partie, expulsés dans le vagin, qui, au niveau du col, sont soumis à une constriction énergique, et qui ont subi un commencement de putréfaction. Sur 31 énucléations, Martin a eu 6 décès; 3 femmes sont mortes avec des signes d'anémie, 2 d'entre elles avaient subi des lésions du péritoine ; les 3 autres ont été tuées par la septicémie.

En ce qui concerne *l'énucléation d'un myome intra-pariétal*, son exécution exige les conditions suivantes : *dimensions modérées, progression en bas suffisante pour que la tumeur soit facilement accessible, col suffisamment perméable ou possibilité de le rendre tel facilement*. D'accord avec Léopold, Martin estime qu'il ne faut prétendre à enlever par cette voie que les myomes dont le volume ne dépasse pas celui d'une tête d'enfant.

2. *Extirpation de l'utérus myomateux par le vagin.*

Cette opération paraît indiquée dans les cas où l'utérus, parsemé d'un grand nombre de nodules myomatenx (Myomkeimen), présente une petitesse relative et offre un accès facile au chirurgien.

Toutes les fois que Martin a pratiqué cette extirpation totale de la matrice par le vagin, on avait, antérieurement, essayé par d'autres moyens et autant qu'il était possible, d'amener l'atrophie de l'utérus et de rendre les myomes inoffensifs. L'opération fut faite 9 fois. Ses indications ont été étudiées dans un autre travail.

3. *Excision ou énucléation de l'utérus myomateux après laparotomie*

Le plus grand nombre des myômes qui réclament surtout une intervention chirurgicale, ne sont abordables que par la laparotomie. Pour ce qui qui a trait au mode opératoire à adopter, une fois le ventre ouvert, il faut tenir principalement compte du *siège de la tumeur*. Lorsqu'il s'agit d'une tumeur pédiculée, insérée sur l'utérus, tout le monde accordera que le mieux est de lier et de sectionner le pédicule. Mais, ce n'est point seulement dans le cas de ces tumeurs que Martin se propose de n'enlever que le tissu malade, et de conserver tout le restant du canal génital ; il poursuit le même but, contrairement à ce qu'il faisait dans ses premières interventions, quand il s'agit de myômes intrapariétaux : *conservation d'ovaires et d'un utérus, capables d'accomplir leurs fonctions naturelles*.

On a objecté contre cette sorte de *procédé conservateur, que son pronostic paraissait assez incertain*, et qu'il ne donnait pas des résultats notablement supérieurs. On a fait ensuite ressortir *qu'il n'empêchait pas le développement de nouveaux germes de myômes, et l'on a attribué si peu d'importance à la conservation des fonctions d'un appareil génital myômateux qu'on est allé jusqu'à tenir la persistance de la menstruation pour une chose plutôt fâcheuse.* Enfin, l'on a considéré l'apparition d'une grossesse en semblables conditions, comme une éventualité des plus douteuses.

En bloc, Martin a fait 96 fois l'énucléation, d'après ces principes. Mais, tous ces cas ne sont pas comparables ; car, 24 fois l'énucléation se compliqua de l'ouverture de la cavité utérine : 8 de ces femmes moururent, 33 p. 0/0. 72 fois, cette complication ne se produisit pas, et il n'y eut que 10 morts, 14 p. 0/0 environ.

Cette distinction ne suffit pas, d'ailleurs, à donner une idée exacte de la valeur de l'énucléation. Parce que, d'une part, plusieurs de ces opérations datent de la période préantiseptique, et que, d'autre part, parmi les 72 derniers cas, il en est dans lesquels l'opération fut faite sur des utérus gravides. De ces femmes, 2 succombèrent à la suite de l'expulsion de l'œuf, qui se fit à la fin de la 1re semaine après l'opération, tuées par des hémorrhagies par atonie de l'utérus. Une autre femme mourut d'une néphrite calculeuse, bilatérale, suppurée, et il fut constaté, à la nécropsie, que la plaie utérine était absolument normale. Une 4e avait déjà de la fièvre avant l'opération, et l'opération avait précisément pour but la suppression du myôme putréfié, point de départ des phénomènes de pyrexie.

Des 6 autres, 2 femmes furent emportées par des hémorrhagies secondaires qui se firent dans le lit ancien de la tumeur, 2 autres par des accidents septicémiques, les 2 dernières par des accidents d'anémie chronique. *Malgré cette mortalité, Martin se croit en droit de revendiquer pour l'énucléation un pronostic plus favorable que pour l'intervention radicale.*

Il n'est pas indispensable pour l'exécution de l'énucléation, qu'il s'agisse d'une masse unique. Dans plusieurs cas, l'auteur a énucléé plusieurs fibromes, ce qui n'a pas empêché les opérées de guérir et l'utérus de revenir parfaitement sur lui-même. Toutefois, *les limites naturelles à l'énucléation sont la multiplicité des tumeurs et l'étendue de la dégénérescence du restant du tissu utérin.* En ce qui concerne la *possibilité du développement de*

nouvelles tumeurs, après l'énucléation, elle n'est pas contestable. Mais, cette éventualité semble devoir être fort rare, puisque, sur 96 cas, l'auteur ne l'a constatée que 2 fois. Quant à la *persistance des règles* considérée par quelques chirurgiens comme un désavantage réel, *s'il est quelques femmes qui ont de ce fait vu réapparaître leurs douleurs, par contre, la très grande majorité en ont ressenti un extraordinaire bien-être.* Enfin, au sujet de la possibilité d'une grossesse. Martin n'a, sur l'ensemble de 10 survivantes, qu'un seul cas à fournir. Mais, à ce cas, s'en ajoutent 2 autres : un observé par Hégar (grossesse survenue après une myômotomie, et terminée par la naissance d'un enfant vivant, mais insuffisamment développé), l'autre, communiqué par Krönlein au congrès de chirurgie de Berlin, 1890 (cas, non seulement de grossesse mais d'accouchement à terme, chez une femme myômotomisée). *On ne doit, surtout chez les jeunes femmes, n'enlever le corps de l'utérus à cause de tumeurs myomateuses, que s'il paraît absolument impossible de conserver une portion de l'organe en état de remplir la fonction naturelle de la matrice.*

4. — *Extirpation de l'utérus après laparotomie.*

Quand il y a impossibilité à conserver une portion de l'utérus, susceptible d'accomplir la fonction naturelle de l'organe, il n'y a plus réellement qu'à enlever *la tumeur et la matrice.* Martin pratiqua en tout 135 extirpations supra-vaginales de l'utérus myômateux, après laparotomie. Au début, il perdit ses 6 premières opérées. Mais, le pronostic commença à s'améliorer dès qu'au traitement extra-péritonéal, il substitua l'abandon du pédicule. Ultérieurement, le drainage par le cul-de-sac de Douglas et le vagin vint encore diminuer la gravité de l'opération. Néanmoins, il perdit sur l'ensemble 46 femmes, mortalité encore élevée.

Si minutieux que furent les soins qu'il apporta à la confection du pédicule, abandonné, il eut trois principales sortes d'accidents à observer : des *hémorrhagies secondaires ;* des *accidents infectieux*, ayant pour point de départ la cavité cervicale en dépit de tous les soins dont elle était l'objet, des *accidents en rapport avec l'élimination des fils* employés au niveau du pédicule. Aussi, Martin en arriva-t-il à la règle de conduite suivante :

Toutes les fois qu'il y a impossibilité à conserver le corps de l'utérus, enlever tout l'organe, et spécialement le col, dans lequel réside la cause de toutes les difficultés dans l'exécution

de l'opération, et de tous les obstacles à la guérison. Une plaie régulière intéressant les culs-de-sacs vaginaux et le plancher pelvien crée ici les mêmes conditions que dans l'extirpation totale de l'utérus par le vagin. De cette manière, on met court à la question de savoir s'il vaut mieux adopter la méthode extra- ou intra-péritonéale du pédicule, et, de plus, on rend, même pour ces cas particulièrement graves, le pronostic plus assuré. Depuis l'année 1888, il régla son intervention sur les considérations précédentes. Ouverture du ventre, application sur le col d'un lien constricteur, excision supra-vaginale de la tumeur, saisie et constriction du pédicule à l'aide de deux fils de soie très forts, ligature des ligaments larges, enlèvement du lien élastique, fermeture de l'abdomen. Puis, la femme étant placée dans le décubitus dorso-sacré, ablation du col par le vagin. Plus tard, Martin reconnut qu'il n'était pas indispensable d'intervenir par le vagin, il adopta désormais la technique opératoire suivante : *Laparotomie, attraction en dehors de la tumeur, constriction du col, ligature des ligaments larges, excision de la grosse masse de la tumeur, ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur* (le doigt d'un aide, introduit dans le vagin, facilite beaucoup cette incision). La lèvre postérieure de l'incision, saisie dans une pince, est écarté vers l'espace de Douglas et l'on introduit par le vagin, à travers l'ouverture du cul-de-sac, une sonde, destinée à servir de guide. *Suture du cul-de-sac au péritoine*, sous le contrôle d'un doigt introduit d'en haut, dans le cul-de-sac vaginal. 2 à 3 sutures sont suffisantes pour la ligature des culs-de-sac latéraux, 2 à 3 pour le cul-de-sac antérieur. *Séparation du col de ses attaches antérieures et latérales. Rétrécissement de la fente dans le plancher pelvien par la suture continuée au catgut, drainage vaginal. Fermeture de la plaie abdominale.* Martin relate ensuite 30 opérations faites suivant cette technique, présente un tableau synoptique qui met en relief les principaux traits de chaque cas, et termine par une étude analytique de certains points de sa méthode et de ses observations. Sur ces 30 opérations, il a eu 8 décés, mais, un seul cas de septicémie ; un cas de mort par embolie, 3 par anémie profonde préexistante à l'opération, 2 par paralysie intestinale, 1 seul par hémorrhagie secondaire.

R. L.

Le gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXXIV

Juillet à Décembre 1890

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XXXIV

Juillet à Décembre 1890

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUE CLINIQUE

REVUES GÉNÉRALES

SOCIÉTÉS SAVANTES

REVUES ANALYTIQUES

BIBLIOGRAPHIE

NÉCROLOGIE

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

116/17.

